# Corte a Mortalha: o cálculo humano da morte infantil no Ceará

# Corte a Mortalha: o cálculo humano da morte infantil no Ceará

**Marilyn Nations**

Tradução
Ananyr Porto Fajardo

ISBN: 978-85-7541-181-0

Projeto gráfico e editoração eletrônica
*Angélica Mello e Daniel Pose Vazquez*

Capa
*Danowski Design*

Ilustração da capa
A partir da escultura de Hans Arp, *Dancing ceremony*, 1960.

Revisão
*Irene Ernest Dias*

Cotejamento de tradução
*Miriam Junghans*

Normalização de referências
*Clarissa Bravo*

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

---

N277c Nations, Marilyn
Corte a Mortalha: o cálculo humano da morte infantil no Ceará. / Marilyn Nations ; tradução de Ananyr Porto Fajardo. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2009.

192 p., il., tab. (Coleção Antropologia & Saúde)

1. Antropologia Cultural. 2. Mortalidade Infantil. 3. Pobreza. 4. Diarréia Infantil. 5. Hidratação. I. Título.

CDD - 22.ed. - 304.64098131

---

2009
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9007 / Telefax: (21) 3882-9006
editora@fiocruz.br / www.fiocruz.br

# Colaboradoras

**Linda-Anne Rebhun**
Doutora em antropologia médica, professora associada de antropologia na University of California, Merced.

**Mara Lucia Amaral**
Graduada em enfermagem, especializada em medicina do trabalho, em enfermagem médico-cirúrgica e em saúde pública. Enfermeira especializada em reabilitação em hospital de referência em Fortaleza, Ceará.

# Sumário

# Prefácio

Demorou muito até que Marilyn Nations organizasse os capítulos na forma deste livro. Os artigos abrangem anos de trabalho sobre contribuições antropológicas para a compreensão e redução da mortalidade infantil no nordeste do Brasil. O livro é repleto de material etnográfico extraordinário coletado por ela ao longo de décadas, relacionado a mães e filhos pobres, morte de crianças, luto materno, experiência de pobreza profunda vivida em ambientes tanto fragmentados como predatórios e intervenções que melhorem a sobrevivência infantil. É um livro escrito em contraposição às idéias de negligência materna e de aceitação passiva da mortalidade infantil por parte da comunidade. É um livro elaborado em oposição aos relatos sensacionalistas e às pesquisas inadequadas em saúde pública. Além disso, é um livro pleno de engajamento apaixonado em relação a condições desumanizantes e aspirações de justiça social e direitos humanos e, ainda mais, à redução da carga sobre mães e crianças pobres.

Porém, a maior parte é uma impressionante etnografia no gênero dos relatos de antropologia médica sobre os marginalizados. Aqueles que são silenciados, deixados para trás, abandonados e traídos por suas redes sociais, por suas comunidades, pelo Estado. É um livro sobre pobreza excruciante durante décadas afetando os sentimentos e as relações mais íntimas. Pobreza esta que é um fator tão central para a dor, o padecimento e a morte que deve ser encarada como a parte central do nexo do sofrimento social.

O que está em jogo para a etnografia e para a etnógrafa? Um objetivo é descrever vidas e sentidos na medida em que são realmente experienciados. Outro é representar o que é socialmente relevante e culturalmente particular. Além disso, interpretar mundos locais de dor, sofrimento e aspirações no contexto globalizado de um mundo mais amplo de capitalismo desordenado e democracia imperfeita também é o que importa para esta autora neste trabalho. Em outras palavras, contexto, contexto, contexto.

Os pontos fortes comprovados da antropologia médica apresentam-se no nível intermediário, conectando ambientes locais com a pessoa e a rede, de um lado, e a nação e suas conexões globais, de outro. É esse reino de mediação de relações, instituições, sentidos e experiência que permite à etnógrafa dar uma

contribuição pessoal ao estudo dos problemas e processos da sociedade e para sua mitigação.

Este é o nível em que antropólogos médicos, por exemplo, definiram e dissecaram as biologias locais: respostas biológicas a diferentes contextos que fazem diferença em saúde e doença. Estranhamente, é habilidade do etnógrafo a mobilização da teoria sobre esse nível de conexões para reimaginar achados locais que mantenham a promessa real de políticas e programas. Em saúde global, por exemplo, é precisamente nesse nível de teoria ligada à etnografia que avançou o *insight* sobre a lacuna de implementação que forma o gargalo para a disponibilização, ainda difícil de mobilizar localmente, de intervenções em programas de ação que possam ser incrementados.

Compreender o mundo moral local onde as práticas populares possam agravar as condições sociais já restritas e retardar esforços de controle da mortalidade prematura e morbidade excessiva constrói uma base para aperfeiçoar e inovar programas comunitários. Isso realmente parece já ter acontecido no nordeste do Brasil. Aparentemente, a maneira como ocorreu de forma tão bem-sucedida poderia ser a base para generalizar o sucesso brasileiro para outras partes do mundo onde o sofrimento social continua inquebrantável.

Talvez não tenha sido feito o suficiente com a contribuição da antropologia às políticas e aos programas. Não foi só o trabalho dos antropólogos por si – embora certamente seja crucial –, mas também a influência da visão antropológica sobre a saúde pública, o bem-estar social e os especialistas em políticas sociais que modificaram aspectos tão usuais para uma sensibilidade inovadora, empreendedora e culturalmente informada – uma nova sensibilidade característica de nossos tempos; uma sensibilidade responsável por flexibilidade, originalidade, auto-reflexão crítica, solidariedade e práticas embasadas. Seria avançar demais afirmar que políticas e programas em saúde global foram antropologizados de modo que o espírito etnográfico esteja atuando em ambientes burocráticos dos quais anteriormente estava ausente? Se não, então são as contribuições práticas de antropólogos médicos como Marilyn Nations que introduziram uma nova abordagem crítica das políticas sociais e de saúde pública.

O potencial humanizador desta visão antropológica sobre práticas públicas, a qual estimula a aspiração ética, abre espaço para uma compreensão mais pluralista e dinâmica das pessoas e introduz a estética da vida cotidiana e das realidades complexas da experiência moral no processo de planejamento e implementação, não é o menor de seus efeitos. Este é um tema em aberto. Há muito mais a fazer para proporcionar que essa sensibilidade etnográfica avance em órgãos estatais e não governamentais. Porém, certamente isso acontecerá

quando atores sociais se conscientizarem mais sobre resultados como os detalhados nesta importante coletânea de ensaios.

*Arthur Kleinman, M.D.*
Egrégio mestre em antropologia médica, chefe do Departamento de Antropologia da Universidade de Harvard, professor titular do Departamento de Saúde Global e Medicina Social da Escola Médica de Harvard

# Apresentação

## A Face Humana:
### o desvelar antropológico da mortalidade infantil

Desde os anos 1980, o estado do Ceará vem se destacando nacional e, até, mundialmente, por seu impressionante desempenho no combate à mortalidade infantil. Colecionou uma longa lista de premiações de renomadas instituições tais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Fundação Getulio Vargas, a Fundação Banco do Brasil e o Ministério da Saúde, por seu esforço desiderato, especialmente com a criação e implantação dos recentes programas estruturantes da atenção primária à saúde, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa Saúde da Família (PSF). Apesar desse reconhecimento, tem sido pouco divulgado o papel fundamental que a antropologia médica vem desempenhando, há mais de vinte anos, nessa história tão inspiradora.

A presente coletânea de artigos, já publicados, em língua inglesa, em importantes periódicos internacionais especializados, traz para os leitores brasileiros essa rica e inédita experiência da antropologia médica no combate à mortalidade infantil. São quatro artigos que versam sobre a teoria, a metodologia, os cuidados clínicos e a ação comunitária fundamentada na antropologia médica que têm guiado os programas de atenção à saúde infantil no Ceará. Selecionei estes artigos, entre uma série de estudos etnográficos conduzidos por mim e diversos colaboradores, estudantes e colegas, brasileiros, americanos e europeus, compilados entre 1988 e 1992, em comunidades pobres do interior do Ceará e em favelas da periferia da sua capital, Fortaleza, contextos que apresentavam altas e vergonhosas taxas de mortalidade infantil. De uma forma ou de outra, cada artigo marca a longa trajetória, seja intelectualmente estimulante seja emocionalmente desgastante, pela redução da mortalidade infantil e a humanização do cuidado com as crianças no estado do Ceará. Representam momentos decisivos de reflexão crítica, tendo sempre como pano de fundo a

antropologia médica, que subsidiou as ações de atenção primária à saúde, as quais, podemos dizer, modestamente, resultaram na redução de mortes e no alívio do sofrimento das crianças e de suas famílias.

Fato importante a ser mencionado é que, na época em que foram publicados, estes quatro estudos antropológicos confrontaram-se com o pensamento hegemônico no que concerne a múltiplos campos – a teoria, a metodologia, a prática clínica e a ação comunitária – ligados às doenças diarréicas, a primeira causa de morte infantil tanto no nordeste brasileiro quanto no mundo subdesenvolvido em geral. A visão holística, humanista e crítica da antropologia, a ciência social que investiga o homem e sua cultura, em sua integralidade, permitiu um olhar revelador e inovador que desnudou a face humana que se ocultava atrás das altas taxas de mortalidade infantil no Ceará. A perspectiva êmica, ou seja, 'de dentro para fora', da antropologia permitiu aos profissionais da saúde enxergar o significado da perda relacionada ao óbito infantil, apreendendo-a no âmbito da experiência vivida das próprias famílias no sertão do Ceará, que mais sofriam suas trágicas conseqüências. Com metodologias qualitativas, as entrevistas etnográficas e a observação participante, ferramentas precípuas da pesquisa em antropologia, nos permitiram penetrar nos mundos interiores das famílias que perderam seus filhos e nos auxiliaram na compreensão profunda do drama da criança que adoece e morre entre quatro paredes numa casa pobre de taipa, e sem recursos financeiros ou apoio profissional para salvá-la da morte iminente. Aqui, a fecunda contribuição da antropologia médica foi indispensável.

Com tal abordagem, provocou-se uma reflexão crítica sobre a visão reducionista da biomedicina sobre as doenças diarréicas, centrada no processo patológico da infecção gastrintestinal. Mais importante ainda, a antropologia fundamentou e apoiou conceitualmente a ousada ruptura com o modelo hegemônico de assistência à criança, existente há tempos. Suscitou suspeitas e inquietações sobre o procedimento padrão de reidratação intravenosa, que requer internação hospitalar e, no seu bojo, sobre a assistência qualificada de médicos e enfermeiras, que emprega material esterilizado, caro e de difícil acesso. Permitiu questionar a tão chamada "incompetência técnica" das pessoas leigas e analfabetas para preparar o soro caseiro cientificamente aceitável, sem prejudicar, ou pior, matar a criança com soluções hipernatrêmicas (contendo sódio demais). Desafiou a dominância do profissional da saúde como 'dono' exclusivo da nova tecnologia de reidratação. Levou à defesa da participação privilegiada da própria mãe e da rezadeira, na maioria dos casos analfabetas, desvalorizadas e excluídas, como prioridade das ações de saúde pública. Deu ensejo ao questionamento da interpretação que vê na tão falada

expressão “Se Deus quiser...” uma atitude de resignação por parte dos pais pobres diante da morte da sua criança, os quais eram vistos, até então, como conformistas e, até mesmo, negligentes na morte dos seus filhos. Permitiu avaliar exaustivamente e confirmar cientificamente a aptidão e as habilidades das pessoas leigas e sem educação formal para captar e entender os procedimentos médicos necessários para salvar a vida da sua criança. E, finalmente, subsidiou a demonstração, passo a passo, de como é possível traduzir a linguagem científico-técnica, incompreensível às pessoas leigas e analfabetas que mais precisam de instruções, na linguagem da vida cotidiana, para, por exemplo, ensiná-las a preparar a receita de soro caseiro, utilizando palavras, conceitos e imagens do seu ambiente de vida, facilmente compreensíveis. Sem dúvida, foi a conjugação interdisciplinar da antropologia com a medicina que forneceu as pistas e a criatividade necessária para a criação de um paradigma alternativo, conhecido hoje como modelo Rezas e Soro, que integra a biomedicina à medicina popular, numa visão humanizada, centrada na cultura local e nas competências das pessoas leigas para pensar e agir diante das doenças diarréicas.

O primeiro artigo desta coletânea, intitulado “Anjos com asas molhadas não voam: sentimento materno no Brasil e a imagem da negligência”, é atualmente muito consultado ou lido, o que nos indica ter se tornado uma referência na disciplina. A discussão centrada nos aspectos teóricos que nele se trava penetra no cerne da antropologia, refutando e contestando o que é mais sagrado na disciplina: a interpretação do comportamento humano. Publicado originalmente em 1988 na revista *Culture, Medicine and Psychiatry*, sediada na renomada Universidade de Harvard, EUA, sua divulgação provocou um grande debate entre antropólogos, principalmente nos Estados Unidos, por criticar duramente a teoria da negligência materna seletiva proposta principalmente por Nancy Scheper-Hughes (1984, 1985), antropóloga e professora titular na Universidade da Califórnia, Berkeley, que se baseava em suas pesquisas etnográficas conduzidas em uma favela em Recife, Pernambuco, as quais culminaram na publicação, em 1992, do seu premiado livro, *Death without Weeping: the violence of everyday life in Brazil* [Morte sem choro: a violência da vida cotidiana no Brasil]. Em meu artigo, contestei, juntamente com a co-autora, Linda Anne Rebhun, hoje professora titular de antropologia na Universidade da Califórnia, EUA, essa concepção, colocando para o debate sobre o tema dúvidas e suspeitas não somente sobre a precisão da densa descrição da etnografia eloqüentemente relatada pela professora Scheper-Hughes acerca da morte infantil no nordeste brasileiro, mas também sobre a interpretação teórica dos seus dados qualitativos.

Em “Anjos com asas molhadas não voam...”, relatamos nossa pesquisa etnográfica conduzida na mesma época da pesquisa de Scheper-Hughes, e, essencialmente, na mesma região do nordeste, ou seja, em um contexto culturalmente parecido. É um estudo comparativo que, nos círculos acadêmicos da antropologia, provocou um debate algo explosivo, pois, do começo até o fim do artigo, apresentamos evidências etnográficas e interpretações que divergiam da teoria da negligência materna seletiva, refutando-a como a mais importante explicação das altas taxas de mortalidade infantil no nordeste brasileiro. Ao menos da forma como alguns filósofos clássicos como Edmund Husserl (1859-1938), Wilhelm Dilthey (1833-1911) e Karl Popper (1902-1994), ou pensadores contemporâneos como Alan Chalmers, nos levam a concluir sobre a epistemologia do pensamento científico.

Chalmers, por exemplo, critica duramente a concepção indutivista do conhecimento científico e, no seu âmbito, as afirmações universais, ou seja, as leis e teorias derivadas dos fatos (como a teoria da negligência materna seletiva). Para ele, o raciocínio indutivo – necessário para tornar observações individuais em leis gerais – é “ingênuo” e “completamente equivocado e mesmo perigosamente enganador” (Chalmers, 1993: 24). Para serem consideradas legítimas, as generalizações devem satisfazer três condições: o número de proposições de observação que formam a base de uma generalização deve ser grande; as observações devem ser repetidas sob uma ampla variedade de condições e nenhuma proposição de observação deve conflitar com a lei universal derivada. Com base nesses três requisitos, citados por Chalmers, tentamos, neste nosso artigo, exaustivamente até falsear e, de certa forma, desqualificar a tão divulgada teoria de Scheper-Hughes.

Embora tal discussão possa parecer, para alguém de fora, mais uma disputa cruel entre intelectuais, esse debate entre posições divergentes é crucial para a antropologia. Pois Karl Popper (*apud* Barreto & Moreira, 1993) sustenta a idéia de que generalizações empíricas (teoria e leis) são, de fato, falseáveis, e não verificáveis, e que essa falseabilidade deve ser buscada, e não evitada, pela adição artificial das hipóteses *ad hoc* (flexibilização da teoria de modo a abranger as anomalias ou casos não previstos em seu escopo, e que, por seu turno, não podem ser falseadas). Popper enfatiza que a ciência é um saber hipotético conjetural de “experimentos cruciais” ou refutações decisivas para aperfeiçoar as teorias e sua potência explicativa. Para esse filósofo, o conhecimento progride por conjecturas e refutações, e não por acumulação de verdades, como no indutivismo. Por isso mesmo, toda teoria, inclusive esta que está em questão aqui, precisa “sofrer um minucioso confronto com a experiência”

(Barreto & Moreira, 1993: 84). Numa palavra, falseamento e refutação se tornam critérios essenciais de cientificidade. Como o filósofo Popper mesmo adverte, "A teoria será tanto mais considerada quanto mais resista ao confronto da experiência e das teorias rivais" (*apud* Barreto & Moreira, 1993: 84-85). Em suas reflexões sobre a produção científica do conhecimento, Popper (1967: 180) aprofundou ainda mais sua linha de raciocínio:

> O método de procurar verificações parecia-me pouco válido – parecia-me, na verdade, ser o método típico de uma pseudociência. Apercebi-me da necessidade de se distinguir, tão claramente quanto possível, este método de um outro – o método de testar uma teoria tão severamente quanto se for capaz – isto é, o método da crítica, o método de procurar casos que constituam falsificação.

Nesse sentido, pretendemos concluir que a teoria da negligência materna seletiva seria válida somente até o ponto em é capaz de abarcar a realidade. Do contrário, é falsa. É descartável.

Contemporaneamente, o famoso antropólogo americano Clifford Geertz (1973), um defensor admirável da antropologia interpretativa, também adverte que a natureza da etnografia é (e deve ser) essencialmente contestável. Para ele, o perigoso é o monólogo em etnografia, ou seja, a leitura única de uma realidade, visto que a antropologia não costuma trabalhar com grupos de controle, como nas ciências exatas, para testar a veracidade dos dados. Monólogos, disse Geertz, "são de pouco valor quando não há conclusões a serem relatadas, mas sim uma discussão para ser sustentada" (1973: 29). Quando a atenção do leitor é monopolizada pela argumentação de uma só pessoa, não há lugar para interpretações outras. A etnografia interpretativa, conclui Geertz, "é marcada menos pela perfeição do consenso e mais pelo refinamento do debate" (1973: 29). Se para nada mais servir o nosso artigo "Anjos com asas molhadas não voam", ele, pelo menos, terá silenciado para sempre o monólogo de Scheper-Hughes, abrindo a possibilidade de outras interpretações do mesmo fenômeno trágico – a morte de crianças no nordeste brasileiro e a reação materna diante dela.

Por outro lado, por que deveria interessar ao pesquisador brasileiro um artigo que contesta tanto a teoria de Scheper-Hughes quanto os seguidores de outras teorias que, em sua essência, a meu ver, culpabilizam mães pobres? Observei, anos atrás, que meus alunos de medicina na Universidade Federal do Ceará, onde ministrei a disciplina de medicina social, a maioria deles procedente de famílias privilegiadas, simpatizaram com a idéia de que as mães pobres são "negligentes". Sem questionar a pertinência da referida teoria da negligência materna seletiva, gostaram da explicação, e dela se apropriaram imediata-

mente, sem lhe fazer qualquer crítica. Em minha opinião, na verdade, gostaram até demais. Durante visitas ao campo, após terem lido os artigos de Scheper-Hughes, os estudantes orgulhosamente identificaram casas onde moravam tais "mães negligentes", e me levaram para verificar suas descobertas. Inevitavelmente, encontramos uma criança de cerca de 8, 10 anos de idade sozinha em casa, cuidando do bebê enquanto a "mãe negligente" estava no rio lavando roupa ou trabalhando na roça, plantando feijão e arroz para alimentar a sua família. E, reação perturbadora, o estudante virou-lhes as costas, numa atitude de desprezo e desinteresse pelo filho dessa mãe julgada "negligente", e foi embora sem terminar o inquérito e sem examinar a criança, que eram os objetivos da visita domiciliar.

Como disse aqui, a meu ver, esses estudantes de medicina, como muitos leitores no Primeiro Mundo, gostaram demais da aplicação da teoria da negligência materna seletiva nas investigações sobre as altas taxas de mortalidade infantil no nordeste brasileiro. Por que os estudantes brasileiros oriundos da elite e os leitores no Primeiro Mundo abraçaram com tanto entusiasmo essa teoria? O que houve de tão atrativo em rotular como "negligentes" essas mães pobres, ou melhor, miseráveis?

Ao longo destes quase vinte anos, desde que publiquei o artigo "Anjos com asas molhadas não voam: sentimento materno no Brasil e a imagem da negligência", enquanto vivia e criava meus três filhos brasileiros no Ceará, cheguei à conclusão de que o ato de culpar a mãe pobre por sua "negligência" é uma forma de justificar a si mesmo, tornando-se a própria salvação do profissional ou daqueles que observam "de fora" a morte de crianças, filhas dos miseráveis brasileiros. É um jogo semântico chamado por meu colega psiquiatra e antropólogo, professor Adalberto Barreto, de "Tua culpa é a minha salvação". Ao atribuir a razão – a culpa – da morte às mães pobres, a elite se libera de qualquer responsabilidade pela deplorável condição subumana em que milhares de mulheres, mães de família dignas, são forçadas a viver no sertão do Ceará e em outros estados do nordeste. Então, negar a existência de uma teoria da negligência materna seletiva é admitir que a dor de perder um filho é única e universal, não menos dolorosa para mães pobres. Negar a existência dessa teoria significa compartilhar com todas as cidadãs do mundo uma parcela da responsabilidade pela situação trágica, humilhante e desgastante dessas mulheres nordestinas. Ainda mais preocupante: observei que esse rótulo tão atrativo impediu que muitos profissionais e educadores enxergassem as competências dessas mulheres nordestinas para cuidar de seus filhos. Já rotuladas de "negligentes" e "descuidadas", ou mesmo de "desleixadas", tornou-se virtualmente impossível valorizar o seu potencial para cuidarem de si mesmas, incentivar sua

participação plena ou engajá-las na promoção da saúde dos seus filhos. É, então, urgente e necessário repensar criticamente a teoria da negligência materna seletiva formulada no nordeste brasileiro, já castigado pela seca, pela pobreza e pela fome, e referida ao seu povo tão batalhador por uma acadêmica norte-americana.

A contribuição da antropologia médica no desvelamento do papel do cuidador e de seu comportamento na gênese da morte infantil está em jogo. Sem dúvida, um repensar crítico por parte de antropólogos e outros cientistas sociais brasileiros, muitos até agora sem acesso a este debate publicado originalmente em inglês, em torno da amplamente divulgada e premiada teoria da negligência materna seletiva sobre os sentimentos e comportamentos de mulheres nordestinas pobres, certamente provocará constrangimento entre os acadêmicos que a criaram, aplicaram ou propagaram para explicar a morte de tantas crianças em regiões pobres do Brasil. Mas, para mães nordestinas, talvez malcompreendidas e injustamente condenadas, essa reflexão crítica é muito mais do que uma discussão teórica entre antropólogos. Será uma segunda leitura por acadêmicos brasileiros, agora em português, que poderia desencadear uma refutação e "falsificação" decisiva dessa interpretação teórica que, a meu ver, representa uma caracterização que incrimina e pune a mulher pobre nordestina. Mais importante ainda, o engajamento de acadêmicos brasileiros nesse debate poderia resultar ainda em outras interpretações culturais, clarificando ainda mais nosso entendimento dos motivos, das emoções e das reações maternas diante da morte do seu filho. A retomada desse debate, agora na terra pátria, onde efetivamente emergiu, poderia resultar tanto em uma valorização profunda (Kleinman, 1988) dessas mulheres, dessas mães, que já sofrem a perda das suas crianças, quanto em uma valorização da suas tradições de cuidado infantil no contexto da pobreza absoluta. Enfim, espero da antropologia médica brasileira o resgate da dignidade humana dessas mães, deformada, creio eu, pela imposição de um estereótipo pesado, injusto e, infelizmente, confortável demais (para muitas elites no mundo), da mãe homicida ou, mais precisamente, infanticida. Espero que a reimpressão e tradução desse artigo em português sejam o ponto inicial da amplificação desse debate no Brasil.

O segundo artigo que selecionei para compor esta coletânea intitula-se "Carne, sangue, almas e lares: validade cultural em inquérito de mortalidade" e foi publicado originalmente em 1991, em inglês, na revista americana *Anthropology Quarterly*. É uma crítica antropológica ao pseudo-rigor científico de estudos epidemiológicos sobre a mortalidade infantil que, embora gerem taxas e indiquem causas de morte, com freqüência ignoram, metodologicamente, a experiência humana de perder filhos. Essas perdas preciosas não se revelam

nos números e nas estatísticas oficiais oriundas dos cartórios do interior do Ceará. Com base em uma etnografia da morte na comunidade de Pacatuba, Ceará, a complexidade humana acerca da morte, sepultamento e registro de óbitos é descrita, com vistas a compreender em profundidade as faltas e falhas na notificação de mortes infantis, e a demonstrar como é possível que, na vida real, uma criança se torne um "anjinho" e parta para o além, para o mundo espiritual, sem deixar rastros no cartório oficial de registros do governo. Será que a única evidência de que essa criança nasceu e morreu são as lágrimas de derrota vertidas por seus pais?

A densa descrição da etnografia da mortalidade infantil, apresentada neste artigo, revela um instrumental na construção de uma rede comunitária de notificadores populares de morte. São pessoas – parteira, curandeiro, coveiro, vendedor de tecido para fabricação das mortalhas azuis, tocador do sino na igreja, entre outros – identificadas como parte da 'linha de frente' da morte. O fortalecimento dessa rede natural como uma teia popular de notificação de mortes só foi possível devido à contribuição da antropologia médica. Comparando os três métodos de registro – o oficial, o epidemiológico e aquele subsidiado pela antropologia –, observei que este último prova ser muito mais sensível em detectar a morte de crianças e o mais próximo da realidade vivida pelos moradores. É preciso tornar as estatísticas sobre mortalidade infantil mais precisas, tanto para aperfeiçoar os indicadores de impacto na avaliação de intervenções e a implantação de programa de soro caseiro como para denunciar publicamente a perda, legitimar o sofrimento de famílias e, principalmente, em uma dimensão até certo ponto ética, valorizar a vida do "anjinho", deixando claro que, apesar do seu pouco tempo de existência na Terra, sua vida não passou em vão, e que sua morte não ficou em branco, invisível e sem conseqüências. A antropologia teve um papel crucial aqui, captando o *experience-near* (experiência proximal) da realidade da mortalidade infantil, muitas vezes encoberta por fatores estruturais, refinando a precisão dos instrumentos e metodologias de notificação de mortes e, por fim, valorizando a vida de todo ser humano, inclusive dos "inocentes" não batizados ou nomeados, até o final da sua existência física.

O terceiro artigo que selecionei é intitulado "Doença de criança: paradigma popular da diarréia persistente?". Publiquei-o originalmente em 1992, em inglês, na revista internacional *Acta Pædiatrica,* junto com outros trabalhos apresentados oralmente no encontro sobre diarréia crônica realizado em 1992 em Mombaça, Quênia. Em uma agenda de três dias de apresentações com abordagem clínica, essa foi a última, e a única a partir da abordagem social ou, mais precisamente, antropológica. Despertou curiosidade (para não falar descrença) entre os pesquisadores das ciências básicas biomédicas, pois, até então,

ninguém havia identificado um microrganismo específico, uma bactéria ou vírus, responsável pela diarréia de longa duração. Tampouco se havia identificado uma droga que agisse especificamente contra a diarréia persistente. Basta dizer que o modelo clínico clássico se revelou impotente diante do problema da diarréia crônica que tanto castiga e mata crianças no nordeste brasileiro. A pista mais interessante do encontro veio não do laboratório, mas sim da experiência vivida pelas rezadeiras do Ceará. Como o próprio nome – doença de criança – indica, é preciso ter uma visão holística da criança, ou seja, vê-la como um todo, inserida em um contexto de pobreza, infectada por múltiplos e variados organismos e fragilizada pela desnutrição grave, para compreender a diarréia que "vem bolando há muito tempo", como se referem à diarréia persistente os curandeiros tradicionais.

Apesar de não se referir especificamente à importante distinção teórica entre *disease* ou doença (o processo patológico das disfunções de órgãos e sistemas do corpo biológico) e *illness* ou enfermidade (a experiência humana de adoecer) feita por Eisenberg (1977) e Kleinman (1978, 1980, 1988), este artigo, de fato, retrata a confrontação entre os dois modelos explicativos que advêm daquela distinção: o profissional e o popular. Ele coloca cara a cara o entendimento científico sobre a diarréia persistente da biomedicina e o conhecimento leigo das rezadeiras e pais pobres do Ceará sobre a doença de criança, responsável pela morte dos seus filhos pequenos, que foi descrita pela primeira vez com o rigor científico digno de qualquer doença reconhecida em termos clínicos. Ao fazê-lo, este artigo tem a ousadia de sugerir que a biomedicina tem muito a aprender, no que tange a aspectos clínicos da diarréia crônica ou persistente, com a doença de criança. Pistas, segredos e até estratégias para tratar crianças com múltiplas infecções severas e um quadro de desnutrição grave no contexto de pobreza vergonhosa estão ali, embutidos na medicina popular, na compreensão da doença de criança. Basta o infectologista ter uma visão antropológica da construção cultural da doença, ou seja, um entendimento subjetivo da experiência humana com a patologia gastrintestinal.

Pouco importa que os pediatras, nos grandes hospitais de Fortaleza, nunca tenham ouvido falar de doença de criança ou que este nome não conste nos livros de pediatria ou de doenças infecciosas. Entre os pais pobres do Ceará, ela é a maior preocupação, a principal causa de morte. Embora as rezadeiras e as mães em Pacatuba, a maioria analfabeta, nunca tenham lido o já clássico livro de Capra *O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente* (1982), elas têm uma noção holística da doença. Não é somente o corpo biológico da criança que importa, mas a sua totalidade; em uma palavra,

são o seu modo de viver, o contexto social da pobreza, a falta de comida, a desnutrição etc. que levam à morte. Essa etnoenfermidade é, verdadeiramente, um evento-sentinela cultural, uma indicação popular da criança sob alto risco de morrer.

Longe de ser um sinônimo de *etnoeugenic neglect*, ou seja, negligência auto-infligida, como disse Scheper-Hughes (1984, 1985), podemos constatar que a descrição meticulosa da etnoenfermidade, feita pelos próprios curandeiros e mães em Pacatuba, que apresentei neste artigo, indicava o contrário: a categoria nosológica de doença de criança é um mergulho na significação da doença terminal tal como ela é percebida, sentida e sofrida pelas famílias nordestinas. Diante da hegemonia biomédica, esse desvelar clínico da antropologia médica é valioso. É uma profunda valorização da ciência empírica da sabedoria local sobre o cuidado popular. Permite-nos identificar precocemente a criança em risco de morrer.

Foram esses segredos da medicina popular nordestina, produto de séculos do *know-how* empírico descrito neste artigo, que mais provocaram inquietações entre cientistas eminentes, que lotaram o auditório na hora da (minha) última apresentação que fechava o encontro sobre diarréia persistente, em Mombaça. A existência da etnoenfermidade 'doença de criança' rompeu abruptamente com o paradigma vigente da diarréia persistente na biomedicina. O longo momento de silêncio entre os ouvintes depois da conclusão da minha palestra marcou todos os presentes, pois não deixou dúvidas de que estávamos diante de uma autêntica revolução científica kunhiana (Kuhn, 1970). Um novo paradigma, fundamentado nas ciências sociais, na antropologia, nos conselhos das rezadeiras do Ceará, tomou o seu devido lugar, entre os tão prestigiados fenômenos patogênicos entéricos.

Por fim, o quarto artigo, intitulado "Mistificação de uma solução simples: terapia da reidratação oral no nordeste do Brasil", foi publicado originalmente em 1988 na renomada revista britânica *Social, Science* & *Medicine*. Nele, demonstra-se a forma como a antropologia médica é capaz de captar e desvelar as dinâmicas de poder e interesses ocultos na comunidade, bem como de subsidiar a criação de um modelo alternativo de educação popular no combate à mortalidade infantil. O artigo representa uma síntese de uma série de artigos que publiquei, originados do meu trabalho de campo em Pacatuba, Ceará, conduzido entre 1979 e 1980, para a compilação de tese de doutoramento em antropologia médica, defendida em 1982 no programa de colaboração entre o Departamento de Antropologia da Universidade da Califórnia, Berkeley, e a Faculdade de Medicina da Universidade da Califórnia, São Francisco. Trata-se de uma leitura crítica do então procedimento padrão da biomedicina no manejo

de doenças diarréicas e do poder desse modelo hegemônico centrado no médico, dependente da tecnologia invasiva e baseado no hospital.

Essa reflexão é a justificativa antropológica do meu modelo de reidratação oral, conhecido hoje como Rezas e Soro, em que o soro caseiro é controlado e administrado pelos curandeiros populares, pelas rezadeiras e pelas próprias mães e cuidadores da comunidade. Em 1997, os *insights* ocorridos durante todos esses anos de pesquisas de campo foram traduzidos em linguagem acessível às famílias que mais precisavam desse conhecimento em um manual de auto-ajuda intitulado *Rezas e Soro Salvando Crianças: como motivar passo a passo os curandeiros populares a curar a diarréia e desidratação na comunidade* (Nations, Andrade & Barreto, 1997), ilustrado com desenhos do talentoso artista popular José Neves Brandão.

O enfoque do artigo é uma crítica antropológica do poder que tem a biomedicina de cercear, em benefício próprio, o direito de pessoas comuns a terem acesso a tecnologia simples, de baixo custo, embora de alta resolutividade, e crucial para salvar vidas. Trata do domínio e mistificação dessa "solução tão simples" pelos profissionais da saúde que, devido a seu *status* e poder, complicam desnecessariamente a intervenção de reidratação oral e, assim, apropriam-se da tecnologia para seu benefício profissional. Com base na teoria da antropologia cultural, neste artigo desvela-se essa disputa simbólica e subliminar pelo poder da cura, que representa o soro caseiro. Uma leitura cuidadosa das explicações antropológicas da mistificação da biomedicina dessa receitinha de mero sal, açúcar e água traz à luz a dinâmica do jogo de poder existente, embora oculto, nas intervenções que têm como proposta radical concentrar o poder de cura nas mãos de pessoas, cidadãos comuns, sem envolvimento obrigatório dos legítimos representantes do setor profissional de cuidados de saúde: os médicos.

Hoje, relendo este artigo, quase vinte anos depois de sua publicação original, percebo que ele permite esclarecer as disputas de poder que o modelo Rezas e Soro provocou ao longo de todos estes anos. A interpretação antropológica nele contida ajuda a compreender, embora sem minimizar a dor pessoal, a minha luta judicial para ver respeitada a autoria da criação do referido modelo, aqui descrito. Desde que criei, implantei e avaliei essa estratégia para reduzir a mortalidade infantil no Ceará, de 1979 até 2004, profissionais da saúde – médicos (particularmente os pediatras), enfermeiros e dentistas – tentaram, sem sucesso, apropriar-se da autoria intelectual desse modelo, nascido e criado do meu compromisso feminista de promover o auto-cuidado, centrando o poder de cura nas mãos das rezadeiras e das mães do Ceará. Como discutido no artigo, a intervenção Rezas e Soro simboliza uma ameaça ao poder médico, pois a mensagem dele é, na realidade, radical. O Projeto Rezas e Soro é uma

declaração de autonomia das famílias nordestinas. A proposta ameaça o poder hegemônico da biomedicina, ao afirmar que qualquer mãe pobre, analfabeta ou discriminada pode salvar a vida do seu próprio filho com a "água benta e milagrosa" que combina os sais reidratantes com a fé da reza. Não importa se o apelo é dirigido a Deus, ao Pai Tupã, ao Pai Oxalá ou a qualquer outro poder superior: são a fé e a força espiritual que curam a criança. Mas esse princípio não dito conflita de forma severa com o discurso dominante do médico, do pediatra, que é privilegiado, pois só ele, o profissional, que dedicou anos da sua vida ao estudo nas melhores universidades para ter o direito de salvar vidas, é que detém o saber sobre a cura das doenças. As duas perspectivas divergentes entram em choque. O modelo Rezas e Soro é, do ponto de vista sociológico, uma afronta à estrutura social de *status* e poder médicos. Era esperado, embora desgastante, que profissionais da saúde iriam tentar se apropriar dessa tecnologia ameaçadora, e, assim, manter intacto o controle absoluto sobre o "seu" reino da saúde.

## Antropologia: generosidade humana na compreensão da mortalidade infantil

Atualmente, estou convencida de que não apenas aos rezadores e pais pobres, mas também à antropologia, devem ser atribuídos os prêmios e menções elogiosas. Esse merecimento deve-se ao fato de ter este campo do conhecimento contribuído para a redução da mortalidade infantil no Ceará. Pois o seu olhar crítico para o ser humano e sua maneira de ser, pensar, sentir e agir na saúde foram fundamentais no desvelamento da morte de crianças. Foi um repensar crítico sobre múltiplos aspectos – a teoria do comportamento materno, a metodologia qualitativa, a prática clínica compreensiva e a ação comunitária culturalmente adequada –, responsável, a meu ver, pela humanização do cuidado de crianças com diarréia no Ceará.

A ciência holística do ser humano, a antropologia, realmente merece toda a atenção que recebe hoje, pois é a sua teoria que dá conta de abarcar a complexidade humana referente ao processo saúde-doença. É a interdisciplinaridade da antropologia médica, que mescla a antropologia sociocultural com a medicina – cada disciplina com suas contribuições –, que permitiu ir além das doenças entéricas até o ser humano. Foi a nova fusão das ciências humanísticas com as ciências biológicas que permitiu aos profissionais da saúde enxergar "o corpo social" das crianças cearenses pobres, desnutridas e doentes. Esse olhar mesclado e inovador provocou uma ruptura radical no paradigma biomédico e o

avanço quântico na compreensão do que significa estar fatalmente doente no contexto da miséria nordestina. Esse salto qualitativo na maneira de cuidar de crianças com diarréia só foi possível devido à intensa interlocução da antropologia com a medicina.

Essa compreensão empática da antropologia – que valoriza a vez e a voz da cidadã comum – parte da experiência vivida de pessoas fragilizadas, em detrimento da patologia biológica. O antropólogo coloca-se no lugar do sujeito, com o objetivo de captar sua visão de mundo. Essa generosidade humana da antropologia e sua compaixão com as pessoas, grupos e populações excluídos na luta diária pela sobrevivência com dignidade foi a peça-chave na mudança radical do paradigma excludente e humilhante do cuidado infantil no Ceará. Tal compaixão selou elos afetivos entre pesquisadores e informantes-chave, facilitando uma comunhão de espírito com o sofrimento das famílias, principalmente o das mães. O cientista "de fora" foi, com o tempo, sensibilizado a respeito do desespero, da dor, do peso emocional dos pais provocados pela perda de um filho. E foi, gradativamente, rejeitando a suposição de que a atitude de famílias cearenses diante da morte seria de "conformação" (entendida como aceitação), e destacando, ao contrário, a sua garra, força, inteligência e capacidade de reagir diante da ameaça à vida. Levantou uma série de inquietações sobre a culpabilização da mãe nordestina pobre na gênese da morte de seu filho. Obrigou os profissionais da saúde a ouvir os conhecimentos das pessoas leigas e a valorizar sua capacidade de cuidar, e até de salvar a vida dos seus filhos doentes.

Foi a ética humana da antropologia que motivou a revolta contra "a morte absurda de inocentes" e a banalização das perdas de vidas pelas autoridades no Ceará nos anos 1970: criticou o tratamento oficial das mortes – que representam, na verdade, perdas preciosas – como taxas imprecisas e frias, que ocultam tantas lágrimas de sofrimento das famílias. Foi a metodologia antropológica, baseada na entrevista etnográfica e na observação participante, que permitiu desvelar a grande distância entre essas taxas de mortalidade infantil e a vida cotidiana dura e sofrida. E desvelar também a condição humana que se esconde atrás dos números da taxa de mortalidade infantil, intensificando, assim, a precisão dos levantamentos epidemiológicos em capturar a real dimensão da perda de vidas de "anjinhos". Ademais, o entendimento antropológico foi a peça-chave para a montagem de uma rede popular de informantes sobre a morte, que, embora "invisível" aos olhos dos técnicos, é muito mais sensível, permitindo, assim, a validação cultural de taxas de mortalidade infantil.

Centrada nos significados culturais existentes, a tão celebrada intervenção comunitária Rezas e Soro promoveu, sem dúvida, o empoderamento (*empowerment*) das mães e curandeiros para o cuidado de si. A intervenção

inovadora que entrelaça a sabedoria da medicina popular com os conhecimentos da biomedicina estimulou a formulação de uma receita de um "santo soro" muito simples, embora potente, que mistura os sais hidratantes, cientificamente seguros, com a benção de Deus, culturalmente consagrada. O trabalho de campo da antropologia permitiu a identificação de redes de apoio comunitário e a valorização dos curandeiros populares como os cuidadores da "linha de frente" do combate à diarréia. Com a desmistificação da biomedicina e a valorização da capacidade leiga de cuidar, as rezadeiras e mães no Ceará tornaram-se "donas" do soro caseiro – da milagrosa água benta –, estando fortalecidas para salvar a vida do seu próprio filho.

Embora a crítica das ciências sociais ao modelo biomédico tenha, durante mais de vinte anos, provocado inquietações intelectuais, debates, indignações, acusações, ataques e até processos legais, ela trouxe uma forte dose de generosidade humana à biomedicina. Essa dolorosa mudança de paradigma e realocação do poder de cura dos profissionais nas mãos de pessoas comuns resultou, no final, na salvação de milhares de vidas de "inocentes", hoje vivos e saudáveis, no sertão do Ceará. Além dessas vidas, a crítica antropológica trouxe outra "verdadeira salvação": o resgate da dignidade humana no trato da mortalidade infantil das famílias que mais sofrem com suas dolorosas conseqüências.

O trabalho de campo sobre um tópico como a morte infantil é exaustivo tanto etnográfica como teórica e emocionalmente. É impossível sem o total apoio de colegas, amigos e informantes talentosos e dedicados.

Gostaríamos de expressar nosso mais profundo reconhecimento a Carrie Griffin, à enfermeira Diana Maria Nunes da Silva e a Luciano Lima Correia por suas entrevistas sensíveis, longas horas no campo e muitos comentários úteis sobre o manuscrito, e por sua coragem profissional de sair dos limites de sua socialização médica. Luciano Lima Correia é autor das ilustrações gráficas do Capítulo 4. Agradecemos a Marília Pereira Nogueira e Jay MacAuliffe por compartilharem conosco seus dados sobre Guaiúba. Além disso, obtivemos orientação e apoio de nossos professores e colegas, incluindo Manoel Carlos, que introduziu a autora principal aos estudos latino-americanos e fez uma revisão crítica da literatura, e Stanley Brandes e Alan Dundes, que inspiraram e estimularam Linda-Anne Rebhun, e outros membros do Programa de Antropologia Médica da Universidade da Califórnia, Berkeley/Universidade da Califórnia, São Francisco (UCB/UCSF), chamando a atenção para a necessidade de um modelo holístico de saúde e comportamento humano e para a importância das crenças populares e religiosas. Eles não são, contudo, responsáveis pelo conteúdo dos ensaios.

Maria Auxiliadora de Sousa, como sempre, foi nosso modelo na tentativa de compreender o empenho das mulheres pobres e sua luta diária no nordeste. Francisco Helvécio Reis de Mello e Mário Roberto Martin ajudaram a nos sensibilizar para o papel fundamental do pai no cuidado do bebê e da criança; eles e Armando Lucas Nunes Martins auxiliaram com as traduções, um ponto de vista brasileiro sobre as interpretações e apoio emocional durante a elaboração deste manuscrito. Agradecemos muito a assistência administrativa de Anna Cândida Paiva, Paulo Aurélio Barroso e Maria Alacoque Honorato de Souza. A assistente de pesquisa Neva Phair forneceu valiosa orientação editorial.

A Galba Araújo, nosso inspirador e guia, e a David Shields, por tudo o que aprendemos sobre medicina de alta tecnologia, também agradecemos.

Linda-Anne Rehbun também gostaria de agradecer a Caroline Tauxe e Tamar Gordon e, especialmente, a seus pais, Lionel e Mildred Rebhun, por seu continuado apoio emocional, intelectual e material, bem como a Caroline Tauxe, Roger Nelson Lancaster, Sandra Lane, Daniel Perlman e Lisa Handwerker, por seu apoio, orientação e sugestões.

A W. K. Kellogg Foundation, a Rockefeller Foundation, a Primary Health Care Operations Research (Pricor/Usaid), o Project Hope (People-to-People Health Foundation), a Berkeley Latin American Studies Foundation, a UVa Division of Geographic Medicine e o UC Berkeley Anthropology Department (Lowie Funds) têm estimulado investigações sociais ao longo dos anos; a amplitude desta pesquisa deve-se ao seu generoso apoio. Meu posto no Brasil, na época, foi patrocinado pelo Projeto Hope.

As mães e os curandeiros tradicionais das localidades pesquisadas merecem nossos mais calorosos agradecimentos; reviveram dolorosamente suas trágicas experiências conosco, compartilharam os detalhes íntimos de suas perdas e sofrimentos pessoais para que pudéssemos experimentar o significado local da morte e representar suas vidas com maior acurácia.

Dedico este trabalho a Ryan, o filho que perdi.

# 1

# Teoria

## Anjos com Asas Molhadas não Voam: sentimento materno no Brasil e a imagem da negligência[1]

Marilyn Nations e Linda-Anne Rebhun

A morte de bebês por diarréia e desidratação é uma preocupação importante na comunidade internacional da saúde. Essas terríveis dizimadoras de crianças são comuns entre as pessoas mais pobres, e estima-se que entre três (Mahalanabis, 1983) e 18 milhões (Rohde & Northrup, 1976) de crianças morram a cada ano devido a elas. Na comunidade médica, o interesse tem se focalizado na epidemiologia, na patologia e nos métodos de cura; na comunidade antropológica, nos aspectos políticos, econômicos e culturais da doença. A diarréia, como qualquer doença infecciosa, é causada por patógenos, mas também se pode dizer que seja "causada" pela pobreza, pois só é um problema fatal entre aqueles que não contam com alimentação, abrigo e sistemas de saneamento básico apropriados.

A relação entre a diarréia infantil e a pobreza tem sido estudada em diversos ambientes, entre eles o nordeste brasileiro, onde secas freqüentes forçam moradores pobres das pequenas cidades a se amontoarem em favelas urbanas. O nordeste foi deixado para trás no assim chamado milagre econômico das décadas de 1960 e 1970, e suas condições com freqüência lembram aquelas do mais pobre dos países, embora o Brasil como um todo constitua a oitava maior economia do mundo. Essa disparidade se reflete nas taxas de desnutrição e de mortalidade infantil: estima-se que 44% dos brasileiros sejam desnutridos; no nordeste, a percentagem sobe a 75% (Ward & Sanders, 1980). As taxas de mortalidade infantil, que aumentaram agudamente durante o "milagre" (Wood, 1982; Fishlow, 1972), são altas. Estima-se que 25% de todas as mortes de bebês na América

Latina ocorram no Brasil e que 52% das mortes de bebês ocorram no nordeste (*Jornal do Brasil*, 29 jun. 1986). Os números são cruéis; em 1974, 140/1.000 bebês menores de 1 ano morriam na cidade de Fortaleza, situada no nordeste, comparado com 54,8/1.000 em Porto Alegre, localizada no sul agroindustrial do Brasil (FIBGE, 1979).

Existem duas importantes abordagens teóricas do problema da alta mortalidade infantil. Uma enfatiza o aspecto clínico: em seus termos, a mortalidade infantil é causada pela interação de infecção com desnutrição (Mata, 1975; Hirshhorn, 1982). Os teóricos dessa escola enfatizam a falta de saneamento básico, de alimentação e de atenção médica básica em comunidades pobres e os detalhes físicos da epidemiologia e da patogênese. A outra escola importante é estruturada sobre a teoria da negligência, a qual enfatiza as atitudes e comportamentos culturais e individuais maternos em reação à mortalidade infantil. De acordo com essa escola, a simples ignorância ou a necessidade de dividir recursos escassos entre os filhos leva as mães a cuidarem deles de maneiras lesivas (Cassidy, 1980; Scrimshaw, 1978; Shorter, 1977; Cravioto & DeLicardie, 1976; Rohner, 1975; Sebrall & King, 1970; Pollit 1973; Aguirre, 1966; Prugh & Harlow, 1966). Essa escola baseia-se na literatura sobre o fatalismo camponês (Potter, Diaz & Foster, 1967; Foster, 1965, 1967a, 1967b, 1973; Friedman, 1967; Fromm & MacCoby, 1970; Hazuda, Sterm & Haffner, 1983; Kearney, 1972; Lewis, 1959, 1961, 1966; Ross, Mirowsky & Cockerham, 1983). Scheper-Hughes, combinando essa abordagem com teorias derivadas de estudos sobre negligência em relação à infância, postulou que a pobreza extrema força as mães a escolherem entre seus filhos, alimentando aqueles que parecem ter maior probabilidade de sobreviver e negligenciando aqueles com menor probabilidade, probabilidade esta que acaba por ser reforçada por tal escolha. Esse processo interage com uma reação emocional às adversidades da vida que leva as mães a não se sentirem estimuladas a estabelecer vínculos com as crianças pequenas e a tentar salvá-las quando atingidas por enfermidades graves (Scheper-Hughes, 1984, 1985).

Neste capítulo, argumentamos que nem a teoria biomédica nem a da negligência são suficientes para explicar a natureza do comportamento materno[2] no nordeste brasileiro e o efeito de sua reação sobre a taxa de mortalidade. As entrevistas realizadas com mães enlutadas e curandeiros tradicionais durante nosso projeto intensivo de campo UVa-UFC – University of Virginia (Department of Geographic Medicine/Uva) e Universidade Federal do Ceará (Departamento de Saúde Comunitária/UFC) – revelou um complexo de crenças a respeito da natureza e das causas da morte infantil. As atitudes e as reações à mortalidade infantil não podem ser entendidas sem uma compreensão tanto das reais condições de vida (incluindo as realidades biomédicas,

socioeconômicas e psicoculturais) com as quais as famílias devem lidar quanto do contexto social no qual é feito o diagnóstico e são tomadas as decisões relativas ao tratamento. Nossas evidências para a alta incidência de doenças graves (meningite, pneumonia, sarampo, enterite, coqueluche, poliomielite, tétano neonatal, dengue), os sacrifícios freqüentemente extremos que as famílias fazem para tratar os bebês doentes, o envolvimento de curandeiros tradicionais nas decisões de tratamento e as crenças religiosas de nossos informantes relacionadas à morte e à vida após a morte demandam um reexame das hipóteses de fatalismo e de negligência.

Propomos a existência de um sistema etnomédico integrado, um complexo conjunto de percepções e práticas evoluídas como uma estratégia de sobrevivência culturalmente adaptativa para lidar com a alta mortalidade infantil. A existência e a vitalidade desse conjunto de crenças e práticas colocam em dúvida a caracterização das famílias pobres como aceitadoras da morte. Depois de um relato de caso representativo e de uma revisão de literatura, examinaremos os achados do Projeto UVa-UFC, observando o acesso à atenção médica, as crenças sobre a morte, as crenças a respeito do cuidado materno adequado e o papel dos curandeiros tradicionais no diagnóstico e tratamento. Propomos que as declarações fatalistas freqüentemente são racionalizações *post hoc*, e não resistência prévia à luta contra a morte, e que qualquer escolha que ocorra com relação a bebês gravemente doentes no nordeste é parte não de um sistema de negligência, mas de um sistema de ética médica tradicional que procura equilibrar o possível com o melhor.

## Eveline de Guaiúba: morrendo viva[3]

Rosa, a filha de um ano de idade de Eveline, morreu de mau-olhado, dentição e doença de criança no começo de 1985. Eveline chorou ao nos contar sua história:

> *Uma mulher veio fazer uma costura lá na nossa casa. Quando viu a Rosa, disse: 'Valha, tão engraçadinha, tão minozinha, a bichinha!'. A muiézinha passou três dia aqui costurando, aí a menina adoecendo, adoecendo... obrando. A rezadeira disse que era quebrante que a mulher tinha botado... Andamos pra Redenção, andamos pra todo canto. Eu levei todo sábado pro doutor, viu? Ele passava remédios, mas não prestava... Nenhum dos remédios veio de graça, viu? O pai dela gastou daqui, gastou dacolá com esse remédio... tudo era comprado, tomando emprestado a um e a outro pra pagar, e nada prestou. O certo é que*

> *lutamos muito com a menina, batalhamos muito por ela... pra dar remédio a ela. Meus pais eram loucos por ela. Tudo que se adquirisse, era pra ela. Vendemos minha maquinazinha de costura novinha... Aí perdi a fia, perdi a máquina! Tinha uma geladeira aqui, nós disse: 'Essa geladeira aqui é pra ela!'. Aí fizeram negócio aqui com a bicicleta do pai dela... 'A bicicleta é pra Rosa, pra os remédios dela, viu?'. O pai dela vendeu o bujão de gás também! Parece que tava adivinhando, adivinhando. Aí esse homem gastou tanto, que tinha dia que eu tinha dava pena dele, viu? Aí o quebrante virou doença de criança. A menina estava morrendo viva. Ela estava tão magrinha!*
>
> *Tínhamos fé em Deus e fé no médico... mas ela morreu. Começou nascer os dentes... isso pode matar! Mas, a gente deve se conformar como Deus faz... Nós fazia toda limpinha com delicadeza. Num era menina pra andar no chão e nem levava sol quente... era agarradinha com nós... Deus quer assim: 'Eu vou carregar!'. Ah, meu Deus, nós se sentimos demais... morrendo e vivendo... se acabando, viu? E o pai dela sem poder ir trabalhar. Eu também num tinha essas coragem toda, caí deitada aqui agarradinha com a bichinha, me chorando, me tremendo, vendo a hora de ficar sem ela. E seu pai e avô correndo praqui, pracolá, procurando por remédios. Aí, quando eu abro a mala que vejo ali os calçadim dela, o sapatim que ela se batizou-se, ah, meu Pai do Céu! Quem tem coragem de olhar? Como vou ficar sem minha fia? Aí, meu pai disse: 'Você quer ir mais ela pra se enterrar num buraco? Você tem que conformar porque tem outros filhos... e num vai lá pra onde ela tá!'. Nem tive coragem de pegar nas coisinhas dela. Porque eu é quem lutava com ela, viu? De dia e de noite mais ela na minha rede, era perto da minha, 'Mainha, mainha', que era pra mamar. Eu não comia... só agüentando, agüentando... mais morta do que viva! Ah, meu Jesus amado, quando minha fia saiu do hospital, trouxe ela pra casa... butei no braço da vó dela. Aí eu morrendo de chorar que a alegria era grande, viu? Mas ela piorou de novo... não teve jeito. Deus dá conformação de tudo... A pessoa vem 'Fulano, num chore, não!'. Mas, já chorei que só, tô satisfeita, agora pronto. Chorou, chorou, aí Deus dá aquela conformação. Deus vai carregar a criança de qualquer jeito... Tudo bem, graças a Deus.*

O relato de Eveline revela uma complexa interação de circunstâncias da vida – enfermidade grave, crença religiosa, comportamento familiar e sentimento parental. Concentrar-se somente no estoicismo público da mãe e nas afirmativas de submissão à vontade de Deus obscurecerá a angustiante luta emocional e econômica de famílias como a de Eveline. Com este estudo, esperamos revelar os "bastidores" (Goffman, 1959) da vinculação materna e da sobrevivência infantil em comunidades brasileiras.

## Teorias: fatalismo, a cultura da pobreza e negligência seletiva

Muitos antropólogos caracterizaram a orientação básica dos camponeses e citadinos pobres como fatalista (Castro, 1966; Diaz, 1967; Diaz & Potter, 1967; Forman, 1975; Foster, 1965 1967, 1967b, 1967c, 1973; Friedman, 1967; Fromm & Maccoby, 1970; Hazuda *et al*., 1983; Kearny, 1972; Lewis, 1959, 1961, 1966, 1969; Peattie, 1968; Ross *et al*. 1983; Young, 1981). O fatalismo é a crença na impossibilidade humana de alterar o curso dos eventos, os quais são encarados como determinação de Deus ou do destino. Ampliando a definição inicial de Robert Redfield de visão de mundo (1956), George Foster (1965) fornece um dos modelos de mentalidade fatalista entre camponeses de maior influência, a Imagem do Bem Limitado. Com base em suas pesquisas entre camponeses mexicanos, Foster afirma que a Imagem do Bem Limitado postula que todos os bens desejados (inclusive coisas não materiais, como amor e boa sorte) existem em quantidades limitadas; que está além do poder humano alterar eventos que são vistos como vontade de Deus e que a boa fortuna ou prosperidade de alguém ou de um grupo necessariamente diminui a boa sorte ou a prosperidade dos outros (Foster, 1965, 1973). Mais ainda, os camponeses não desejam se sobressair na multidão; a Imagem do Bem Limitado leva a um medo da inveja, encarada como uma emoção perigosamente nociva, capaz de causar doença (como no caso do mau-olhado). Assim, os camponeses são vistos como aqueles que não almejam o sucesso que reduza a oportunidade dos demais companheiros, e tampouco por tirar vantagem de oportunidades econômicas disponíveis em suas comunidades. A Imagem do Bem Limitado, então, é considerada responsável pela falta de progresso dos camponeses; de acordo com a teoria, as oportunidades estão presentes, mas a mentalidade cultural impede que os camponeses as aproveitem e prosperem.

A visão de Foster engendrou controvérsias consideráveis. Foi ferozmente atacada por Acheson (1972) e Valentine (1968), os quais afirmam que o que falta aos camponeses não é vontade de alcançar sucesso, mas uma oportunidade. Além disso, conforme Acheson, estruturas sociais como as redes de prestígio limitam o número de camponeses capazes de aproveitar as poucas oportunidades disponíveis. Kennedy (1966) também atacou Foster, afirmando que a limitação do bem não é uma imagem, mas uma realidade, e que se freqüentemente os camponeses não melhoram suas circunstâncias, é porque não o conseguem. Aqui, o debate é tanto sobre a realidade como sobre a teoria; não só a visão de mundo e a mentalidade estão em questão, mas também a real existência ou inexistência de oportunidade.

Oscar Lewis (1959, 1961, 1966, 1969) ampliou o debate para além do universo dos camponeses, considerando o fatalismo como parte de uma "cultura da pobreza" geral emergente entre os primeiros escravos e vítimas do colonialismo, o qual leva a um sentimento pervasivo de falta de esperança e desespero que impede a pessoa de agir para mudar as circunstâncias de sua vida. Essa visão também é controversa. Novamente, a pergunta básica passa a ser: o comportamento das pessoas é mais motivado por avaliações realistas de situações reais ou por uma imagem do mundo irrealista culturalmente derivada?

No campo da medicina, afirmam as teorias fatalistas, essa orientação cognitiva leva a uma resignação em relação à doença, uma visão de que esta é um castigo de Deus, e à conseqüente falta de tentativas reais de tratá-la (Foster, 1958; Erasmus, 1961). A teoria da negligência benigna ou seletiva faz parte dessa abordagem. A idéia da negligência benigna é a de que os pais podem se comportar de maneiras que prejudiquem ou matem seus filhos sem maldade ou intenção consciente de matar. Essa hipótese tem duas origens: observações de interações maternas com bebês e análises históricas fortemente dependentes da literatura e das artes. Na literatura sobre saúde pública e desenvolvimento, com muita freqüência os estudos sobre negligência dependem de evidências baseadas em histórias verdadeiras. A negligência é tomada como um dado e explicada como adaptativa, vista como uma medida de controle da população (Jelliffe, 1957; Puffer & Serrano, 1973, Rosemberg, 1973; Scrimshaw *et al*., 1968; Nag, 1962) ou, alternativamente, como uma resposta adaptativa que "treina" a criança para sobreviver em uma vida de fome e aumenta a adequação geral da comunidade pela eliminação dos fracos (Cassidy, 1980).

Outros viram a negligência benigna como uma falha de adaptação devida à falta de educação por parte das mães (implicando, com isso, que somente modelos ocidentais de cuidado de crianças sejam saudáveis e que as mães são as únicas cuidadoras) (Puffer & Serrano, 1973; Cravioto & DeLicardie, 1976) ou à falta de afeto das mães por seus filhos. Shorter (1977) argumenta que existe um tipo de personalidade "tradicional" que inclui entre seus atributos uma ausência de afeto materno. Ele afirma que o afeto materno pelos filhos pequenos é cultural e historicamente restrito às classes alta e média da Europa e da América do Norte nos séculos XIX e XX (1977), uma visão claramente etnocêntrica e inexata.

As explicações mais detidas e cuidadosas sobre a hipótese da negligência seletiva até o presente são as de Cassidy (1980) e Scheper-Hughes (1984, 1985). Cassidy ressalta que todo o conceito de negligência é etnocêntrico, baseado em um conceito de desnutrição derivado do Ocidente, e condena as mães que não buscam combater essa doença ética. Sinais como apatia, languidez e edema

podem ser considerados normais em crianças; os pais podem não conseguir temer e combater a desnutrição porque não a concebem como um problema. A rotulação de tal comportamento como "negligência" é, portanto, etnocêntrica. Read (1966) adensa esse argumento ao distinguir entre a resposta passiva a sinais não considerados como sintomas de distúrbios e a resposta a sintomas considerados como indicadores de doenças não curáveis pelos humanos. Os dados de nosso projeto no Brasil sugerem que esse argumento pode ser aplicado também às diarréias; nem todos os tipos de diarréia são considerados anormais; nos locais onde fezes amolecidas não são consideradas sinal de doença, nenhum tratamento é procurado (Nations, 1982). Cassidy (1980) registra que o afeto parental pelos filhos tem sido observado em todas as culturas e postula que a suposição de desinteresse e negligência proposital não é necessariamente feita para explicar as práticas de criação dos filhos. Ela propõe o uso da expressão "negligência molecular": aquela restrita a certos aspectos do tratamento de um filho pelos pais. A existência da "negligência molecular", afirma ela, nega a teoria da negligência geral em grupos tradicionais, de camponeses e desvalidos.

Nancy Scheper-Hughes assume uma abordagem diferente, afirmando que o constante estado de escassez e privação no qual vivem as mulheres pobres tem um efeito pernicioso sobre sua capacidade de cuidar. Essas mães, afirma ela, esperam que alguns de seus filhos morram, e se comportam de forma passiva para controlar qual de seus filhos sobreviverá. A sobrevivência é vista como um bem limitado e, em resposta, assim é o amor da mãe. Assim, as mães do nordeste brasileiro valorizam os bebês ativos e animados porque consideram que estes têm maior probabilidade de sobreviver do que os quietos, apáticos, e relutam em cuidar daqueles percebidos como fracos. Além disso, as crianças debilitadas por diarréia, desidratação e desnutrição são tão apáticas e retraídas que não conseguem atrair a atenção de suas mães, as quais, passivamente, deixam que pouco a pouco se debilitem (Scheper-Hughes, 1984, 1985). As mães atuam como agentes autônomos nessas decisões, pois os pais são apenas marginalmente envolvidos no cuidado dos filhos, o atendimento biomédico é inacessível e há carência de praticantes da medicina tradicional no ambiente urbano (Scheper-Hughes, 1984). A autora também afirma que as mães brasileiras pobres desenvolveram uma categoria específica de doença denominada pelo "eufemismo" doença de criança para denotar a desnutrição e a diarréia combinadas com a negligência seletiva. A desvinculação materna, evidenciada pelo afeto descomovido das mães, por sua recusa a chorar as mortes, por sua demora em dar nome e em batizar os bebês, e por sua ausência nos funerais, é um "patógeno infantil" (1985: 292) tão perigoso quanto qualquer micróbio. Assim, as mães são

vistas como quem mantém vínculos frágeis com seus bebês, desistindo facilmente da busca por atendimento, sem uma reação forte à morte da criança. A vinculação, afirma Scheper-Hughes (1985), é mais socialmente construída do que de base biológica, e nem sempre ocorre, ou só ocorre depois de certo um tempo entre as mães da favela em que realizou seu estudo.

Nossa interpretação sobre doença de criança, sentimento materno, atitudes em relação a crianças ativas e passivas, busca de atendimento médico pela família e fatalismo difere da interpretação desses teóricos. Scheper-Hughes (1985: 314) afirma que "é necessário um modelo mais contextualizado de pensamento e sentimento materno". Tomando isso como uma deixa, postulamos que a busca por atendimento médico não pode ser entendida sem um conhecimento detalhado da natureza do atendimento disponível e das dificuldades envolvidas na sua procura; que as reações de luto não podem ser entendidas sem uma compreensão dos conceitos culturais da natureza da morte e da vida após a morte; que dar nome às crianças não pode ser compreendido sem referência às crenças religiosas populares; que as afirmativas das mães sobre seus estados emocionais não podem ser compreendidas sem discussão das normas da comunidade na expressão de suas emoções; que o comportamento materno não pode ser divorciado de seu ambiente comunal e que as decisões sobre tratamento de doenças graves ou terminais não podem ser compreendidas sem referência à ética médica comunitária. No decorrer de nossa apresentação dos achados do Projeto UVa-UFC no Ceará, mostraremos em detalhes o ponto em que nossa descrição do contexto social da mortalidade infantil difere daquela de outros teóricos. Particularmente, compararemos nossa abordagem com a de Scheper-Hughes, cujas interpretações, muito diferentes, estão baseadas em dados similares de uma população muito semelhante.[4]

## Métodos e Cenário

Este relatório está baseado em diversos projetos de trabalho de campo intensivo realizado continuadamente em duas pequenas comunidades no estado nordestino do Ceará – Pacatuba e Guaiúba – e na favela urbana de Gonçalves Dias em Fortaleza, Ceará, entre 1979 e 1986. Este trabalho de campo é parte de um esforço de uma equipe multidisciplinar de médicos, enfermeiros e cientistas sociais. Os métodos incluem exames médicos das crianças nas áreas-alvo, análise laboratorial de amostras de fezes e de água, bem como de remédios tradicionais e solução de reidratação oral (SRO) preparados por curandeiros tradicionais, inquéritos populacionais intensivos, inclusive coleta porta a porta de

histórias reprodutivas e informações sobre mortalidade de 493 mães (Tabela 1) e o método antropológico da observação participante.

Tabela 1 – Perfil reprodutivo de 493 mães. Pacatuba, Ceará*

| Grupo | Gestações | Abortos | Natimortos | Nascidos vivos | Mortes |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2,91 | 0,20 | 0,02 | 2,6 | 0,20 |
| 2 | 5,91 | 0,51 | 0,14 | 5,7 | 0,64 |
| 3 | 9,38 | 0,79 | 0,15 | 8,3 | 2,05 |
| 4 | 9,58 | 0,45 | 0,07 | 9,1 | 2,45 |
| 5 | 4,28 | 0,32 | 0,004 | 3,8 | 0,59 |
| Média | 6,41 | 0,45 | 0,007 | 5,9 | 1,19 |

* Médias, apresentadas em cinco grupos:
(1) mães com menos de 30 anos de idade (n=157)
(2) mães entre 31 e 40 anos de idade (n=145)
(3) mães entre 41 e 50 anos de idade (n=63)
(4) mães com idade indeterminada abaixo de 40 (n=106)

Foram estudadas 535 mortes de bebês e de crianças identificadas em um inquérito domiciliar. Um grupo de 22 mulheres de Pacatuba e Guaiúba cujos filhos haviam morrido de doença de criança foi selecionado para entrevistas mais detidas; além disso, foi entrevistada a mãe de uma criança que havia sobrevivido, e a foi criança observada. Foram realizadas 33 entrevistas com curandeiros tradicionais, muitos dos quais eram mães de crianças doentes, moribundas ou mortas. Todos os curandeiros selecionados para entrevista tinham experiência direta com doença de criança, seja por cuidarem de casos, seja por terem tido um filho morto por essa enfermidade. Dezesseis curandeiros foram entrevistados na área rural de Pacatuba e 17 em Gonçalves Dias, zona urbana. Incluíam rezadeiras, umbandistas, espíritas kardecistas e raizeiros. Todas as entrevistas foram realizadas em casas ou em locais de oração e foram gravadas em áudio e transcritas antes da tradução. Cada entrevista durou, em média, de duas a três horas (exceto as entrevistas de acompanhamento em Guaiúba, que duraram cerca de meia hora cada uma). As entrevistas consistiram de perguntas abertas delineadas com vistas à elaboração de modelos explicativos para a doença de criança.

Membros do projeto compareceram regularmente a cerimônias de cura, festividades, e observaram clínicas, hospitais e “salas de cura” de curandeiros

tradicionais. Em Guaiúba, a dra. Nogueira e o dr. McAuliffe realizaram entrevistas de acompanhamento em casa com 65 pais de crianças mortas em um período de um mês decorrido após o óbito para determinar o comportamento de busca de auxílio e para reconstruir o episódio da morte. Essas entrevistas basearam-se em um questionário previamente elaborado; os pais foram identificados com base nos registros de um cemitério local. Sete dessas mães fizeram parte da amostra de 23 membros sobre doença de criança. Todas as entrevistas foram realizadas em português por falantes nativos ou fluentes, inclusive a autora principal, médicos brasileiros, enfermeiros e estudantes universitários de medicina e ciências sociais. O projeto iniciou um treinamento em terapia de reidratação oral (TRO) muito bem-sucedido (Nations & Rebhun, 1988b), enquanto acumulava grande quantidade de dados sobre as crenças, as práticas e as reações emocionais de famílias e curandeiros tradicionais no Ceará.

Pacatuba (7.000 habitantes) e Guaiúba (8.800 habitantes) são comunidades rurais adjacentes à florescente capital do estado do Ceará, Fortaleza (1.800.000 habitantes). Até a década de 1950 eram comunidades homogêneas de lavradores de subsistência, mas os anos recentes trouxeram a cidade e suas influências para mais perto. Atualmente, são comunidades estratificadas onde as casas dos comerciantes e funcionários públicos menos pobres contam com água corrente relativamente limpa, eletricidade e sanitários com caixas de descarga, enquanto os trabalhadores migrantes, os lavradores e os meeiros dos distritos mais pobres vivem em um distrito superpovoado de casas de adobe quase sempre sem fossa séptica, sem assoalho no chão sujo, sem eletricidade e sem água corrente. Alguns bairros possuem torneiras comunitárias de onde a água é tirada para ser armazenada em caixas d'água sem revestimento; em outros, excrementos humanos e animais se misturam em córregos de onde é tirada água para lavagem, banho e consumo. A pobreza em Gonçalves Dias é, se é que isto é possível, ainda mais assombrosa. Os casebres amontoados da favela ficam em frente ao esgoto a céu aberto que transborda na estação das chuvas. Em épocas de seca, as casas com telhado de zinco se transformam em fornos no calor tropical. As infecções se transmitem facilmente no ambiente imundo e apinhado ao qual faltam até mesmo as instalações sanitárias mais básicas. Um termo popular sucinto para favela é "porcaria".

O fato de a vida ser dura e, muito freqüentemente, breve reflete-se nas estatísticas: a taxa de mortalidade em Pacatuba para crianças abaixo dos 5 anos de idade era de 106/1.000 em 1980, com mais de 50% das mortes devidas a diarréia e desidratação (Tabela 2). Outras causas comuns de morte são pneumonia, sarampo e tétano. Os patógenos entéricos principais são *E. coli* e rotavírus; crianças pobres entre 6 e 11 meses de idade sofrem o equivalente a

mais de nove episódios de diarréia por ano, taxas entre as mais altas relatadas no mundo (Guerrant *et al*., 1983; Nations, 1982; Nations *et al*., 1986). Muitas crianças sofrem de mais de uma infecção ao mesmo tempo; 29% das crianças menores de 5 anos e 65% das maiores de 5 possuem infecções com mais de um parasita concomitantemente (dr. Ross Penny, comunicação pessoal). Em geral, uma mulher do lugarejo de 50 anos ou mais teve de nove a dez gestações, com duas ou três mortes e talvez um aborto ou natimorto. Uma mãe de Pacatuba, quando questionada a respeito de seu histórico reprodutivo, respondeu:

> *Morreu? Quase todos morreu. Só consegui criar seis... catorze nasceu de tempo... seis abortos... seis ainda estão vivos... uma morreu com 6 meses, outra com 5, uma com 1 mês... morreu de doença de criança... de sarampo, coqueluche, moleira funda.*

A situação em Guaiúba é semelhante: ali, das 244 crianças nas 43 famílias de nossa amostra, 60 (24,6%) haviam morrido em 1983, uma média de 1,4 mortes por família. Como a maioria das mortes não é registrada, provavelmente isso é uma subestimativa (Guerrant, McAuliffe & Souza, 1996; Nations & Rebhun, 1988b). Gonçalves Dias, onde a água contaminada levava a freqüentes ataques de diarréia nas crianças, também tinha altas taxas de nascimento e de mortalidade. O médico da UVa dr. John Shorling realizou um acompanhamento prospectivo de enfermidade em cinqüenta famílias em Gonçalves Dias durante um período de 18 meses. Descobriu que crianças com menos de 5 anos de idade passam por uma média de 12 episódios de diarréia por ano – doenças com mais de 15 dias de duração respondem por 12% desses episódios (1,5 episódio por criança por ano) e 50% dos dias (47 dias por criança por ano) passados com diarréia (dados não publicados).

Scheper-Hughes (1985: 310) afirma que dar à luz muitos filhos e investir em um favoritismo "seletivamente baseado ou culturalmente derivado" é uma "estratégia reprodutiva" empregada por mulheres pobres. O termo "estratégia" refere-se a planejamento e previsão. Na verdade, o fato de as mulheres parirem muitos filhos deve-se apenas parcialmente à expectativa de mortalidade; há também os problemas da obtenção de contraceptivos (nessa população, geralmente preservativo), da dificuldade de fazer com que maridos e namorados cooperem com seu uso e as mesmas questões ligadas a essa prática – espontaneidade, conforto e custos – que se verificam nos EUA. Reconhecer a possibilidade de que as crianças venham a morrer não é o mesmo que se planejar cuidadosamente para essa eventualidade ou, em certos casos, procurar facilitar o processo em curso.

A vida nessas comunidades é dura e famélica. "Pobre só come carne", diz um ditado popular, "quando morde a língua". Em tais condições, as famílias

não conseguem criar seus filhos até a vida adulta sem ajuda; precisam recorrer a médicos especialistas em busca de auxílio.

## Sistemas Médicos Ecléticos

O primeiro passo para tratar uma criança doente em comunidades como Pacatuba, Guaiúba e Gonçalves Dias é o reconhecimento, por parte da mãe ou da família, de que a criança está doente (Young, 1981). Alguns remédios caseiros, como chás de ervas, são administrados. Se a criança não se recuperar, um especialista é consultado. No nordeste brasileiro as mães podem escolher entre profissionais de um largo espectro de especialidades, incluindo tanto médicos como curandeiros populares. Embora um estudo em estado próximo de Pernambuco não tenha encontrado curandeiros populares em grande número (Scheper-Hughes, 1984), descobrimos um extenso e vital sistema médico popular tanto no Ceará rural como no urbano (Nations, 1982; Nations & Rebhun, 1988b; Nations *et al*., 1988). O sistema popular inclui curandeiros tradicionais como rezadeiras, raizeiros, parteiras tradicionais e umbandistas, além de espíritas kardecistas, farmacêuticos populares e médicos "leigos". Esse sistema é semelhante às extensas redes de curandeiros documentadas em muitas partes do mundo (Kiev, 1968; Neumann *et al.*, 1971; Press, 1971; Higgins, 1975; WHO, 1975; Lieban, 1976; Bibeau, 1982; Nations, 1982; Yoder, 1982; Crandon, 1983; Davidson, 1983; Maduro, 1983; Pedersen & Coloma, 1983; Russell, 1984).

Conforme foi relatado por informantes, o sistema médico tradicional, como o sistema biomédico, é composto de especialistas, cada um capaz de tratar de alguns problemas, e não de outros. Uma criança com fezes aquosas contendo resíduos amarelos, fastio, fraqueza, olhos e fontanela fundos e febre e/ou vômito, por exemplo, pode ser considerada como afetada por mau-olhado ou quebranto, que é mais bem tratado pelas orações de limpeza e chás de ervas de uma rezadeira. Fezes espumantes, sanguinolentas, mucóides são diagnosticadas como "quentura do intestino", e as crianças são levadas a um raizeiro cujos tratamentos com ervas são considerados bons para "esfriar" o intestino, restaurando o equilíbrio humoral. Diarréia aquosa profusa, vômito e letargia podem ser considerados como sinais de encosto ou sombra, a intrusão de um espírito no corpo; somente um umbandista com sua capacidade de, em transe, entrar em contato com espíritos pode afastá-los (Nations, 1982). Além desses praticantes de saberes tradicionais, as famílias podem consultar curandeiros itinerantes que adotem métodos ecléticos, a variedade de "médicos" leigos sem licença e farmacêuticos leigos que administram medicamentos, aplicam injeções, lancetam furúnculos e realizam abortos,

violando leis, aliás, raramente obedecidas. Além disso, enfermeiros da saúde pública, agentes de saúde comunitária, praticantes da homeopatia e médicos clinicam nos lugarejos e nas cidades. Estes últimos são popularmente chamados pelo povo de "homens de anel", em referência aos grandes anéis de formatura.

Tabela 2 – Freqüência das causas de morte de 535 crianças < 5 anos relatadas pela mãe. Pacatuba, Ceará, Brasil, 1980

| Causa | % |
|---|---|
| **Todas as enfermidades entéricas, incluindo as populares** | **65,8%** |
| Enterite, diarréia, desidratação | 34,7% |
| Enfermidades populares com diarréia como um dos sintomas | 31,1% |
| Doença de criança | 20,4% |
| Dentição | 4,0% |
| Mau-olhado | 4,8% |
| Susto | 1,5% |
| Ventre caído | 0,4% |
| **Infecções respiratórias agudas** | **8,5%** |
| Pneumonia | 4,0% |
| "Garganta" | 1,8% |
| Coqueluche | 1,5% |
| "Nasceu cansado" | 0,4% |
| Crupe | 0,4% |
| Bronquite asmática | 0,4% |
| **Sarampo** | **5,5%** |
| **Neonatal** | **4,2%** |
| "Nasceu doente, "do parto" | 2,4% |
| Prematuro | 0,7% |
| Tétano umbilical | 1,1% |
| **Vômito** | **1,8%** |
| **"De repente"** | **1,5%** |
| **Febre** | **1,2%** |
| **Outras*** | **11,5%** |

* Inclui: epilepsia, acidentes, "coração", diabetes, desnutrição, "olhos", poliomielite, meningite,"com dor", "inchado", alergia, hepatite, anemia e diversas outras enfermidades populares.

Se há algo de certo a respeito do sistema médico popular no nordeste do Brasil, este algo é a incerteza; é a mistura eclética e criativa de métodos de cura. Isso é verdadeiro para as comunidades rurais; nas favelas urbanas como Gonçalves Dias, é ainda mais exacerbado. Aqui, as diversas tradições médicas

populares se mesclam, e ocasionalmente lança-se mão da biomedicina, quando considerada adequada e necessária. Os curandeiros podem ser mulheres ou homens, velhos ou jovens, devotados a Deus, aos espíritos ou colaboradores do mundo subterrâneo. Muitos consideram seu trabalho como uma vocação e não recebem pagamento em dinheiro por seus serviços. Outros colocam tabelas de preço do lado de fora da porta. A maioria está relacionada por laços consangüíneos, afinidade ou parentesco fictício com os seus pacientes e completamente integrada a redes sociais comunitárias, mas alguns são curandeiros itinerantes de passagem e alguns poucos deliberadamente escondem sua verdadeira identidade (p. ex., "abortadeira"). De modo geral, curandeiros populares e leigos possuem pouca ou nenhuma escolaridade, embora em Gonçalves Dias um deles seja um ex-padre católico romano, ph.D. em teologia. Seus meios de cura variam de orações sagradas a possessão por espíritos e a penicilina, e em seus altares podem ser encontradas imagens de Deus, Jesus, São Francisco, Nossa Senhora do Bom Parto, um grande número de divindades da África ocidental, guias espirituais indígenas, um médico espírita francês falecido, o indiano Mahatma Gandhi e até mesmo a prefeita socialista de Fortaleza, Maria Luiza.

Esses curandeiros não vêem contradição em prescrever Vick VapoRub quando em estado de transe, tratar a enfermidade popular espinhela caída com radiografias, receber o espírito de um famoso médico antes de realizar operações simples, comparecer à missa católica nas manhãs de domingo depois de toda uma noite de sábado passada em cerimônias afro-brasileiras ou recitar o pai-nosso depois de um episódio de glossolalia. Os curandeiros escolhem entre uma grande variedade de alternativas médicas, independentemente da combinação, com um olho no pragmatismo: tentam oferecer aos seus pacientes aquela que vai funcionar.

Antropólogos da medicina descreveram a natureza pluralista da busca por atendimento médico (Young, 1981). A escolha do profissional médico não está baseada apenas em considerações lógicas sobre sintomas e métodos, mas também é afetada por fatores objetivos – geográficos, lingüísticos, econômicos, acesso ao transporte – e fatores subjetivos, como crenças e valores culturais, *status*, expectativas e papéis sociais (Finerman, 1984). Em nossa amostra, as famílias apresentam um padrão eclético de busca de auxílio: consultam diversos tipos de curandeiros, às vezes seqüencialmente, às vezes concomitantemente, o que com freqüência resulta em mensagens ambivalentes, descontinuidade do atendimento, exaustão da mãe e eventual morte da criança. Mesmo quando a família opta por permanecer no sistema biomédico oficial, o atendimento é inconsistente. O sistema oficial de atendimento à saúde em Pacatuba, por exemplo, é uma burocracia espantosa de órgãos e serviços em sobreposição, uma

autêntica sopa de letras de órgãos que oferecem serviços para pacientes cadastrados. Infelizmente, muitas vezes o cadastramento depende de um emprego fixo, algo raro no lugarejo. O sistema é precariamente administrado e supervisionado, instável e descoordenado, os serviços se superpõem, competem entre si, são contraditórios e inconsistentes. Se os especialistas de nosso projeto, com formação universitária, acharam o emaranhado de serviços difícil de entender, imagine-se quão confuso este será para as famílias iletradas e pobres de Pacatuba!

A situação de Pacatuba é uma litania de falhas e ausências. Os poucos médicos designados para os postos de saúde do estado freqüentemente não comparecem ao serviço; dos quatro médicos registrados, somente um realmente presta serviços, e só atende pacientes cadastrados pela seguridade social (isto é, regularmente empregados). Embora a vacinação gratuita esteja (teoricamente) disponível, na realidade os postos de saúde muitas vezes ficam sem vacinas DPT (contra difteria, tétano e coqueluche), contra poliomielite e contra sarampo. Cada tipo de vacina está disponível por apenas um dia, o suprimento é irregular, mal armazenado e sujeito a deterioração. As datas de vacinação estão constantemente mudando e são mal divulgadas; mesmo quando as mães sabem quando estão disponíveis, devem esperar em fila no calor tropical durante três a seis horas. Não existe nenhum serviço de atendimento pré-natal, parto ou puericultura disponível em Pacatuba, e o único transporte de emergência disponível é o carro pessoal do prefeito (Nations *et al*., 1986).

A mãe pobre que decide consultar um médico para a diarréia de seu filho se depara, então, com um confuso rol de opções, a maior parte das quais muitas vezes não está disponível e, quando obtida, é mal efetivada. A situação em Guaiúba é semelhante; de fato, Pacatuba é típica das comunidades nordestinas rurais. Uma mãe de Pacatuba nos contou:

> *Você tem que ir entre meia-noite e uma hora da madrugada, viu? E esperar na fila até as sete da manhã. O médico só atende uns vinte pacientes, não mais do que isso, né? Uma criança pode chegar morrendo nos braços da mãe e eles nem atende o bichim... está nem aí, nem olha direito para a gente... no olho, né?*

Embora os moradores de Gonçalves Dias vivam na cidade, estando, assim, geograficamente mais próximos de hospitais maiores, sua situação é similar à de seus conterrâneos rurais. Aqui também o acesso ao sistema nacional de atendimento gratuito à saúde (Inamps) depende do emprego fixo, e a disposição dos médicos das cidades grandes para tratar filas infindáveis de pessoas pobres não é maior que a dos médicos das cidades pequenas. Claudeth, de Gonçalves Dias, nos contou:

*Compro remédios na farmácia, né? Dou leite de magnésio, um monte de água, né? Dou banho nela com goma [de mandioca]... Carrego ela nos braços até a emergência, lá da faculdade, né? Aí, eles não quer atender a bichinha... de jeito nenhum! Aí não adianta nada... vou pra casa... vou até a farmácia... e lá passa alguma coisa, né? Eu dou pra ela bem direitinho... do jeito que o homem falou... pois essa menina é cheia de problema! Tanta qualidade de remédios, minha filha, que eu fico tonta, tonta... nem sei mais qual é para dar, né?*

Com freqüência as barreiras significam que as crianças não serão examinadas por um médico. Revisamos 72 casos de enfermidade aguda em Guaiúba; desses, 31% nunca consultaram um médico. Mais ainda, 46% das famílias não procuraram profissionais biomédicos durante a primeira semana de doença. Em Pacatuba, a consulta com médico também era tardia; 77% das mães primeiro traziam seu filho para um curandeiro popular; a maioria esperava uma média de 8,5 dias antes de procurar um médico. Em Gonçalves Dias, 53% das famílias em nossa amostra nunca consultaram um médico. Cem por cento das famílias entrevistadas em todas as três comunidades usavam remédios caseiros para seus filhos doentes com diarréia.

Em contraste com o sistema biomédico oficial, os praticantes da medicina popular são facilmente acessíveis aos moradores de cidades pequenas e favelas urbanas. Enquanto 100% dos serviços biomédicos de Pacatuba estão localizados no centro da cidade, onde os bebês com idade de 7 a 12 meses têm menos do que dois episódios de diarréia por criança por ano, 71% dos curandeiros tradicionais vivem e atuam nos bairros mais pobres onde as taxas de diarréia são muito mais altas (nove episódios por criança por ano). A proporção de curandeiros tradicionais para pacientes é de 1: 150 e seus serviços estão disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana. A proporção de médicos para pacientes é 1: 2.000 e os serviços são limitados, conforme já detalhado aqui. Em Gonçalves Dias, entrevistamos 33 curandeiros populares que atuam em uma área de seis quadras e servem a uma população de 1.800 a 2.500 pessoas (uma proporção de 1: 54 a 1: 75). Os curandeiros populares foram consultados por 51% de nossa amostra de Guaiúba e 81% de nossos informantes de Gonçalves Dias. Em todas as três comunidades, curandeiros populares eram os mais procurados para primeiras consultas. Além disso, era provável que as famílias repetidamente buscassem curandeiros populares; 88% das mães de Guaiúba em nossa amostra consultaram curandeiros populares pelo menos três vezes, algumas relatando mais de quarenta visitas.

Apesar das enormes dificuldades, as famílias pobres buscam auxílio especializado tanto para as doenças fatais de seus filhos como para as doenças menos sérias. Nossa análise de 65 episódios de doença em estágio terminal em

Guaiúba em 1984 e 1985 verifica a participação ativa tanto de curandeiros populares como de biomédicos no tratamento das crianças. Em todos os casos, com exceção de três (95%), um especialista foi consultado; nos três casos em que não houve consulta a doença era aguda e teve um início rápido; as famílias explicaram que a criança morreu antes que tivesse tido tempo de comparecer às consultas marcadas para o dia seguinte. Em todos os casos foram usados remédios caseiros. Os médicos foram consultados em 66% dos casos e 72% consultaram curandeiros populares. Raizeiros, balconistas de farmácia e "médicos" populares foram consultados por 51% das famílias para tratamento medicamentoso e aconselhamento. Ao invés de deixar que suas crianças morressem "sozinhas e sem atendimento" (Scheper-Hughes, 1985: 306), essas famílias acresceram seus próprios remédios caseiros ao tratamento indicado por especialistas.

Se essas famílias tivessem realmente aderido a uma visão estrita de "bem limitado" do mundo, seria improvável que buscassem atendimento médico tão assiduamente, pois a vida seria considerada com um bem ganho por alguém em detrimento de outrem. As famílias teriam medo de salvar um filho temendo perder outro em conseqüência. As famílias em nossa amostra, contudo, fazem o esforço de ir além dos recursos de suas próprias comunidades pequenas a fim de salvar a vida de seus filhos. Esse comportamento tende a confirmar as críticas de Kennedy, Valentine e Acheson, demonstrando que não falta às pessoas pobres a vontade, mas sim os meios, e que quando o meio se torna disponível, elas o utilizam.

É nesse mundo com sua água insalubre, sua mistura de recursos médicos disponíveis, sua pobreza esmagadora, uma profunda religiosidade e uma forte divisão de classes que as crianças brasileiras pobres nascem, e é a esse mundo que suas famílias reagem quando criam, cuidam e enterram seus filhos. Embora as pessoas pobres, tanto camponesas quanto citadinas, tenham sido descritas como fatalistas, descobrimos que, apesar das constantes referências verbais à vontade de Deus, nossos informantes não se comportam de maneira fatalista nem desesperançada. Os brasileiros pobres tentam consultar médicos para ter acesso à tecnologia médica complexa: hospitais, radiografias, cirurgias, reidratação intravenosa. Em vez de agir de acordo com uma percepção de "bem limitado" na relação com a doença infantil, quando possível tentam integrar procedimentos biomédicos ao sistema popular, com balconistas de farmácia, rezadeiras e raizeiros assemelhados ministrando medicamentos e incorporando técnicas como a reidratação oral à sua cura (Nations & Rebhun, 1988b). Não encontramos nenhum fatalismo frustrante aqui; quando uma nova tecnologia se torna disponível, as pessoas que vivem na pobreza expandem seu sistema para incorporá-la.

## EM SUAS PRÓPRIAS PALAVRAS: CAMINHANDO E ESPERANDO

Obviamente, o acesso ao atendimento biomédico em Pacatuba, Guaiúba e Gonçalves Dias é dificultado pela distância entre os recursos e as moradias pobres, pelo custo dos serviços e, especialmente, pela falta de horários de consulta e de médicos que desejem atender pessoas de baixa renda (para uma abordagem mais completa desta questão, veja Nations & Rebhun, 1988b). As mães são forçadas a caminhar longas distâncias, esperar na fila e pedir dinheiro emprestado para conseguir serviços biomédicos. Em suas próprias palavras:

> *O problema é que tem muito pouco doutor no posto, né? Aí o jeito é chegar de madrugada para pegar uma ficha com o homem... o vigia, né? Aí, se a gente não chega bem cedinho, está lascada. Não tem mais... acabou! Eles bota o maior boneco do mundo! Aí, se você pega uma ficha, tudo bem, o doutor vai receber você, né? Ele passa um monte de remédios, né? Aí, cadê o dinheiro pra comprar? Não tem, minha filha... não tem condições... com um salário só, não dá, não!... Eu fui sozinha às cinco da manhã, aí, quando cheguei lá no posto para consultar, já teve sete na minha frente, né? Nem me recebeu... Ali não tem jeito, não! Você pode chegar com um nenenzinho nos braços, né? Aí, sem uma ficha..., mesmo a criancinha morrendo... eles não recebe, viu? Para nós viver, para o pessoal pobre viver, tem que sofrer muito!* (Inocência, Pacatuba)

> *Ave, Maria! Eu já me sentia tão cansada, já tava abatida de andar com ela pra cima e pra baixo. Eu lutei! Andei por todo canto que era de rezadeira e médico... Onde dizia: 'Tem um médico!', eu ia, com ela. Embora que eu trouxesse a receita e fosse pedir o dinheiro pra comprar o remédio, mas eu ia. Eu fui pra seu Oscar, fui pra a doutora em Pacatuba, fui pra Redenção... Só esses médico tudo, eu andei com ela... Nunca faltou remédio pra ela, não. Meu marido desempregado, aí eu arranjava e dava... Fazia tudo pra ver se... melhorava... Se eu pudesse, eu tinha feito era mais! Eu fiz o que eu pude com ela. Cansei, eu andei, emagreci, perdi quase dois quilos nessa arrumação, andando com ela pra cima e pra baixo, pra todo canto eu ia.* (Preciosa, Guaiúba)

> *Eu voltei de lavar roupa, aí lá estava ela no chão, de quatro, espremendo, espremendo e chorando... A bichinha tava com uma dor de barriga medonha! Quando ela conseguiu fazer cocô, era só aquele sangue e catarro véi, né? A menina tava queimando de febre... Gritava, gritava: 'Mamãe, mamãe, eu vou morrer!'... Levei ela para dona Inez [uma rezadeira local], aí ela só bateu o olho na bichinha e disse: 'Leve essa criança para a emergência... bem ligeirinho!'. Eu fiquei tão nervosa,*

*mulher, tão braba, né? Ela chorava demais e eu sem poder fazer nada! Aí consegui carregar ela até lá... Aí, toda vez que eu botava ela no chão pra descansar meus braços... aí a bichinha chorava e pelejava para deixar ela morrer ali! Aí, quando eu cheguei na emergência... a moça falou... naquela janelinha, 'Senhora, não tem médico aqui agora, não!'... Aí eu levei a menina para o seu Domingos (farmacêutico local), aí ele botou aquele negócio nela, aí disse que a bichinha estava com febre de 40 graus e tinha que levar ela pra o hospital, já, já... Aí, lá vou eu, carregando a bichinha... e ela só chorando... vomitando, vomitando.* (Lourdes, Gonçalves Dias)

As mães descreviam, em sucessivas entrevistas de cortar o coração, caminhadas e esperas, consultas com um profissional depois do outro, carregando por quilômetros crianças gritando, vomitando, defecando. Apesar de seu esgotamento e do custo físico, econômico e emocional de sua procura por atendimento, nossas informantes nitidamente não desistiam nem deixavam seus filhos morrerem sem lutar. Lília, de Gonçalves Dias, nos contou:

*Ela espreme, espreme... espreme para fazer um pinguinho de cocô, né? O bichim chora tanto, coitadinha... Essa meninazinha dá tanto trabalho, meu Deus do céu!... As vezes, tô tão cansada... não consigo mais levantar com a bichinha... Tem horas que penso mesmo em morrer, pois tô cansada demais... lutando com ela, né? Aí ela não ia mais ter mãe, né? Eu vou criar ela... já comecei!*

Embora as mães se vejam como quem ocupa uma posição frágil na estrutura político-econômica do Brasil, a sabedoria popular prescreve a persistência para superar a dificuldade. Um ditado muito usado diz que "água mole em pedra dura tanto bate até que fura". Mesmo a mãe mais pobre pode conseguir tratamento para seu filho se continuar andando, continuar procurando, continuar batendo na porta, diz o povo.

## Coração Apertado: sentimento materno

A extensão em que as emoções variam interculturalmente tem sido objeto de algum debate (veja Lutz & White, 1986 para uma revisão dessa literatura). As reações emocionais aos eventos variam; além disso, a expressão de emoções particulares varia de acordo com as normas societais de comportamento. Gerber (1985) diferenciou "experiências internas" de expressões externas, como fez R. Levy (1984). A experiência interna do luto pode ser ocultada pela expressão desprovida de emoção de brasileiros pobres. Essa atitude

faz parte de uma norma culturalmente administrada de comportamento de luto; em vez de significar a ausência de emoções fortes em relação às crianças e à morte infantil, revela a presença de luto. Apesar da necessidade de "conformação" (resignação, veja abaixo), nossas informantes revelaram uma intensidade de luto até agora não abordada na literatura.

A cultura brasileira é caracterizada por um alto grau de sentimentalismo e emocionalismo, tanto privado como público. As crianças são tratadas com uma boa porção de afeto físico, dormem com suas mães, são carregadas nos braços ou nos quadris, tocadas, recebem cócegas, "cheiros" e mesmo, ocasionalmente, são sexualmente estimuladas por crianças mais velhas e cuidadores adultos. Beijar é evitado por medo de disseminar brotoeja, uma infecção de pele definida pelo povo, mas o "cheiro" carinhoso e brincalhão toma seu lugar. Tanto homens como mulheres brincam e afagam os filhos, que são tratados como atrações adoráveis e valiosas. Dada a importância das crianças na cultura, a morte de bebês e de crianças, apesar de comum, não é rotina. Embora imoderadamente abertas com respeito a emoções como felicidade e ciúme sexual, nossas informantes geralmente adotam um tom emocional comedido ao falar de assuntos dolorosos. Suas reações emocionais à morte de crianças pequenas, entretanto, são descritas com uma linguagem rica e passional, refletindo o forte vínculo sentimental que têm com seus filhos, estejam eles vivos, moribundos ou mortos. Isso é verdade mesmo em casos de doença de criança, apesar da caracterização de Scheper-Hughes (1984, 1985) dessa condição como relacionada à negligência. É importante observar que a doença infecciosa mata crianças de todas as idades. Embora a média de idade ao morrer por doença de criança em nossa amostra fosse de 1 ano, as crianças podem morrer por essa causa com até 7 anos de idade. Isso lança dúvidas sobre a tese de que a doença de criança está relacionada à demora, por parte da mãe, em estabelecer vínculos com crianças pequenas (Scheper-Hughes 1985). Pode ser que as mães considerem seus recém-nascidos com cautela emocional; entretanto, a doença de criança não é uma doença apenas de recém-nascidos, e, por isso, as atitudes maternas em relação a estes não são necessariamente relevantes em sua etiologia. Nosso segundo caso ilustra o luto materno.

## Nerina de Pacatuba: 'Eu sofri, eu sofri'

Nerina de Pacatuba pariu 13 filhos, dos quais três morreram de doença de criança. Sua filha Helvécia morreu com 7 anos e 15 dias de idade. Quatro meses antes da enfermidade que a levou à morte, era uma criança ativa. Sua

mãe descreveu-a como "boazinha, esperta, brincava de roda, falava, cantava...". Uma noite ela foi despertada de um sono profundo por um cachorro latindo. Nerina acredita que esse susto (que fez com que a alma lhe saltasse do corpo) foi o começo da sua morte. Nerina nos contou:

> *Desde o começo, ela tinha uma tosse muito forte, diarréia também. A cabeça dela era assim, como se fosse toda quebrada [moleira funda], tinha uma separação... cabia um dedo da gente! Ela passou muitos dias sem poder mais andar, parou de andar. Ela gritava, não era nem chorando, ela gritava, pedia água. Aí, minha mãe, um tio, as cunhadas ajudava, dava as coisas, pois eu estava ainda de resguardo[5] do meninozinho... acabou de nascer 15 dias antes. Ave, Maria! O pai dela era no caminho da rua, nesse tempo num tinha médico aqui, mas tinha um farmacêutico... A vida dele era no caminho atrás de remédio pra ela... Ela não tinha cor de gente, não! Ela era azul, marfim... Era só na minha rede, só vivia dentro da rede... Tirava um pedaço que era pra descansar o corpo dela. Eu quase... que eu morro primeiro que ela, porque eu toda vida fui desvelada pelos meus filhos. Diz que 'quanto' há vida, há esperança, né? Eu pelejava, lutava porque... acho que o coração de mãe, né? a obrigação da gente é pelejar, dar remédio, procurar um meio. Sempre lutei muito pelos meus filhos, e quando um caía doente, pensa que eu dormia? Dormia não! Minha vida era ali, escutando ver se tava ressonando, passava a mão por cima, pra mim quando eu fosse olhar, tava morto. Eu sofri muito. Olhe, na noite em que ela morreu, eu estava tão cansada, eu fiz o pedido: 'Meu Santo Antônio do Buraco, pelo amor de Deus, me ajude, leve esta menina por caridade, meu Sagrado Coração de Jesus. Que eu tô vendo a hora de eu morrer e ela ainda ficar... E quem vai lutar com ela, né? Porque não tem como mãe, né não? Que tem paciência de agüentar tudo no mundo. Como vai ser o fim da vida dela sem eu, meu Deus?'. Quando deu seis horas, ela morreu. Eu fiquei como louca... Eu fiquei com os gritos dela ouvindo toda hora, toda hora. Aí foi que eu adoeci mesmo, era deitada ou sentada, chorando. Eu não dormia, não! Dizem que não é para fazer, mas eu preparei o corpo dela. Vesti ela com o vestido que ela tinha feito a primeira comunhão, vesti ela, botei véu, botei grinalda, botei tudo. Eu pelejava pra ficar em pé na sala, dentro do caixão... agarrada. Eu andava mais morta do que viva, já nesses dia em que ela morreu. E aí, minha fia, eu sofri, sofri... até que um dia chegou um homem lá em casa e olhou pra mim e disse: 'Largue essa besteira!'. Falou bem bruto comigo: 'A senhora tá com nervoso muito do horrível e arrisca ficar enfraquecida, de quebrar resguardo! Solte esse sofrimento... Saia dessa vida, vá andar, amanhã vá pra Pacatuba assistir a missa!'. E eu não podia andar nem dentro de casa. Mas ele insistia, 'Vai mesmo?'. Eu disse: 'Vou! Vou pra missa, se eu morrer no caminho, já tô mais perto do*

*cemitério!'... Eu tinha muito cuidado com meus filhos, e hoje em dia, vivo desse jeito, sozinha!*

As informantes confirmaram repetidamente que perder um filho é um evento terrivelmente doloroso. Não importa, disseram, se a mãe perdeu 'apenas' um ou mais de um; a morte de qualquer filho é uma grande dor. Nerina diz "Eu vivo desse jeito, sozinha", embora lhe tenham restado dez filhos vivos. A resignação (conformação) com as mortes foi retratada não como uma ausência pessoal de sentimento, mas como um esforço consciente e culturalmente administrado. Embora sejam expressas atitudes fatalistas, a aceitação das realidades da vida, como no caso de Evilene, não implica uma falta de reação emocional a elas. Como Scheper-Hughes (1985: 295) afirma com exatidão, "parte da aprendizagem de como ser mãe [em comunidades brasileiras pobres] inclui aprender a deixar partir". Entretanto, esse deixar ir não é "nem uma resposta a uma deficiência da criança" (1985: 295) nem aceita com "*la belle indifférence*" (1985: 312). As mães lamentam não só por "filhos em particular" em uma resposta "desviante" e socialmente inaceitável (1985: 313), mas por todos os seus mortos. Em vez de serem indiferentes, estão em luto permanente, demonstrando o entorpecimento chocado dos sobreviventes de tragédias. Essa reação é semelhante às reações de pais nos EUA à morte de bebês e crianças: entorpecimento, ansiedade, negação, confusão, tristeza e sintomas físicos conformam a reação clássica de luto (Futterman & Hoffman, 1983; Bogen, 1983; Halpern, 1983; Lewis & Lewis, 1983; Eisenbruch, 1984a, 1984b; Lifton, 1979; Bowlby, 1980; Kübler-Ross, 1969; Averill, 1968; Raphael, 1983). Raphael (1983) descreve "ondas de sofrimento", sentimento de vazio, alucinações ou sonhos com visitas de defuntos e sentimentos de desespero. Todas essas experiências são encontradas em nossas entrevistas com mães brasileiras pobres enlutadas. A perplexidade dessas mulheres é evidência da profundidade de sua perda; se realmente considerassem a mortalidade infantil com indiferença, seriam tão abertas em relação a esta quanto o são em relação a qualquer outra emoção. Sua perplexidade é a perplexidade dos que sofrem um grande choque; a perda é grande demais para ser suportada, grande demais para ser dita, grande demais para ser completamente experimentada. As mães valem-se da resignação, da crença no anjinho (descrita a seguir) e do apoio da família, dos vizinhos e dos curandeiros; sua aparente indiferença é uma máscara, um muro contra o insuportável.

Embora exibições públicas de pesar sejam desaprovadas, curandeiros e mães reconhecem a profunda dor íntima dos pais enlutados:

*Eu acho que num tem essa mãe que deixe o filho morrer à míngua, não!*[6] *A pobrezinha da mãe sofre demais quando os filho pequeno morre. Não*

> *importa se ela já perdeu somente um, ou quatro, ou cinco, ou seis. É tudo igual... o sofrimento é um só. Uma mãe deseja o melhor pra o filho. Algumas mães diz: 'Não vou chorar muito, não... o bichim já está morto... não tem mais jeito, não'... Mas depois elas chora.* (dona Corina, rezadeira)
>
> *A morte é assim, é um horror pra gente, né? Cinco fio meu já morreu. Tudo fica tão ruim, né? Ninguém quer comer, ninguém quer fazer nada. Parece que a vida acabou... Esse negócio ruim dura muito tempo... apertando a gente por dentro... parece que a vida acabou, né?* (Dácia, Pacatuba)
>
> *Qual é a mãe que não chora quando seu nenê morre? Toda mãe quer criar os filho. É um pedaço dela, né?* (dona Nelsa, rezadeira)

Nossas informantes eram unânimes: apesar de calmas por fora, as mães sentem profundamente a perda de seus bebês e crianças; suas lágrimas, embora escondidas "dentro de nosso coração", como disse uma mãe, não são menos dolorosas nem menos presentes.

## Catolicismo Popular, Conformação e a Crença nas Asas Molhadas

As reações à morte são moldadas por crenças religiosas, especialmente aquelas relacionadas à natureza da morte e à vida após a morte. Embora a maioria de nossas informantes se descreva como católica, seu catolicismo difere significativamente daquele do Vaticano. Essa diferença é semelhante à distinção de Robert Redfield entre o que denominou de "grande tradição" das elites urbanas e a "pequena tradição" de suas populações camponesas dependentes. De acordo com Redfield (1956), os camponeses adaptam e reinterpretam versões desatualizadas das culturas urbanas para formar uma tradição subsidiária própria. Esse modelo pode ser aplicado à religião; nossa pesquisa no Ceará revelou uma rica tradição católica popular, contendo muitas crenças sobre a morte infantil e o que acontece às crianças depois que morrem. Para nossas informantes, Jesus, a Virgem, os santos e os espíritos dos anjinhos das crianças mortas são tão reais quanto as filas no consultório dos médicos.

As crenças católicas populares só se tornaram aparentes para nós lentamente. Primeiro, quando começamos a entrevistar as mães, surpreendemo-nos com o fato de que, embora muitas delas expressassem verbalmente uma grande mágoa, muitas outras afirmavam sem emoção que não haviam chorado

quando seus filhos morreram. Mas logo descobrimos que, quando interrogadas com tato,[7] começavam a falar da necessidade de evitar que as asas do anjo da criança morta e a mortalha se molhassem com suas lágrimas. O seguinte excerto de uma entrevista entre Maria das Graças, mãe de Guaiúba, e Diana Nunes, enfermeira, é ilustrativo:

> Diana – Você chorou quando ele morreu?
>
> Mª das Graças – Eu? Não.
>
> Diana – Você não sentiu a perda?
>
> Mª das Graças – Não.
>
> Diana – Me diga de verdade, você não chorou?
>
> Mª das Graças – Não chorei não!... Porque tinha uma velhinha, aí, o neto dela morreu. Pois bem, quando ela voltou da igreja, onde visitou o cemitério, lá uma criancinha (morta) encostou na velhinha... e disse: 'Vó, a senhora tem que parar de chorar, viu? Não estou salvo ainda... por causa da senhora que só vive chorando'.
>
> Diana – Isso realmente aconteceu?
>
> Mª das Graças – De verdade!... Tia Ana me contou, porque a mortalha estava toda molhada, é por causa disso que o menino não se salvou... com tanto choro... machucou o anjo, né?
>
> Diana – E como você se sentiu quando ele morreu?
>
> Mª das Graças – Eu não chorei, não!... nem mesmo uma lágrima. Só deitei na cama, virei as costas para a outra cama, pra não ver o bichim, né?... pra não chorar, né?
>
> Diana – Quer dizer que você não chorou?
>
> Mª das Graças – Eu chorei... o bichim estava enterrado lá... Não tinha choro não. Ninguém chorou não. Aqui não houve choro, não.
>
> Diana – Quer dizer que ninguém chorou?
>
> Mª das Graças – Ninguém chorou porque ele era um nenezinho.
>
> Diana – Você foi ao enterro?
>
> Mª das Graças – Eu não fui, não. Um nenê que morre não precisa de choro... É como um passarinho morrendo [subindo para o céu].

Nossas informantes acreditam que, quando uma criança morre, sua consciência é libertada de seu corpo na forma de um anjinho com asas, que então voa para o céu. Essa crença não é exclusividade do Brasil (Finerman, 1984). Enquanto Scheper-Hughes postula que as mães encaram a morte e as crianças mortas como "um filho não natural, um anjo da morte que nunca deveria ter vivido" (1985: 306), nós postulamos que a tradução "anjo da morte" é enganosa,

pois o anjo da morte é uma entidade completamente diferente dos espíritos de anjinho das crianças mortas.[8] Nossas informantes sorriam quando descreviam anjinhos rechonchudos saltando e brincando felizes no céu, falando deles como lindos, maravilhosos e bonitos, sem nenhum sentido de medo ou horror. A descrição dos anjinhos está mais próxima dos querubins na decoração das igrejas do que de qualquer figura não natural ou assustadora. Nossas informantes descreviam os olhos fundos, vidrados, das crianças moribundas como "olhos de anjo"; isso reflete não sua visão dessas crianças como desnaturais, mas sim uma descrição de um fenômeno natural no contexto de uma forte crença religiosa. Os olhos das crianças moribundas podem rolar no globo ocular por razões fisiológicas; nossas informantes dizem que estão "olhando para Deus" e as enterram com os olhos abertos (em contraste com os adultos, que são enterrados com os olhos fechados), para enfatizar que seu vôo sem pecado é direto para o céu, sem qualquer interrupção.

Scheper-Hughes (1985: 312) afirma que "as mães são repreendidas por outras mulheres se choram por qualquer bebê, e poucas o fazem... as emoções são desprezadas como... sintomáticas de um tipo de insanidade". Concordamos que existe um forte sentimento da comunidade contra o choro em público, mas não porque o vínculo com a criança morta seja visto como insano. Em vez disso, acreditam que o luto público prejudica tanto a mãe como a criança. Isso é especialmente verdadeiro nas mortes das crianças menores, cujas mães ainda estão observando o resguardo. Acreditam que qualquer contrariedade emocional excessiva quebre o resguardo e cause adoecimento ou mesmo morte em mulheres debilitadas por parto recente. As mães que, como Nerina, se permitem o luto serão castigadas por vizinhos. Além disso, o choro prejudica o anjinho, pois as lágrimas de uma mãe molharão a mortalha ou as asas de seu anjinho morto, que então será derrubado do céu e forçado a vagar na terra, assombrando os parentes.

Essa falta de choro é um esforço consciente; as mães relatam que ficam de costas, mordendo os lábios, pressionando os olhos com o dorso dos dedos para não chorar. Algumas chegam ao ponto de dizer que chorar por um filho anjo é um pecado. Nossas informantes enfatizam como esse luto materno é normal e esperado, não insano. As mães secam suas lágrimas especificamente para permitir que seus filhos mortos voem para o céu, onde as orações podem alcançá-los:

> *Chorei muito, mas o pessoal diz que não é para chorar por um anjinho não! Custa demais pra chegar no céu, né? Pra ficar pertinho de Deus!*
> (Luiza, Pacatuba)

> *A mãe não deve chorar demais, não... O anjinho fica tudo encharcado de água, viu? Como alguém está derramando uma bacia de água nele, né? Mas não é água, não... é a lágrima da mãe... E aí fica pesado, né? O anjinho fica preso aqui na terra, não consegue subir até o céu... Está certo... a dor de perder um filho é muito grande... mas quanto menos ela chorar, melhor para o anjinho, pois fica tudo sequinho!* (seu Antônio, umbandista)

Embora os detalhes da crença no anjinho variem, os temas permanecem constantes. Contaram-nos sobre a viagem do anjinho até o céu e como ele deve parar em um rio próximo ao paraíso para vomitar o leite materno que consumiu e assim se livrar do pecado original transmitido pela mãe e continuar, imaculado, rumo à companhia de Jesus. Muitos informantes nos contaram que viram representações dos anjinhos, embora não pudessem se lembrar onde, que haviam lido na Bíblia ou ouvido sobre eles na igreja. Algumas das lendas sobre anjinhos são contadas como histórias pessoais, outras como lendas populares:

> *Sempre minha mãe contava uma história pra a gente, né? Quando minha irmãzinha morreu, aí meu pai ficou doido, doidinho... pois ele era quem dava a comida pra a bichinha, né? Meu pai passou tão mal que a bichinha ficou com tanta pena ele, né? Aí, um belo dia, meu pai sonhou com ela... já era um anjinho, né? Aí ela voava pra a terra... e descansava nos pés do meu pai... a bichinha... as asinhas... tudo encharcada das lágrimas que ele derramou, né? Aí, ela disse: 'Papai, pelo amor de Deus... eu não tenho força pra voar igual aos outros... pra subir pra o céu porque tou tudo molhada!'. Minha mãe sempre contava isso pra a gente, né?* (dona Ana, rezadeira)

> *É coisa ruim, quando um fio morre... não chora porque é mãe, mas é muito ruim, porque móia a batina do bichinho, o bichim num pode subir... Morreu um bichim meu, eu só vivia chorando, dia e noite, aí a criança chegou, disse assim: 'Minha mãezinha, não chore mais que eu não posso me salvar, a minha mortalha tá toda moiada das lágrimas de minha mãe'. Quer, quer subir, num pode, devido às lágrima dela, porque aquilo é apegada dos fio da mãe dele. Morre o pai da gente, a mãe da gente, e a gente tem que se conformar. Porque a morte é certa. É a coisa mais certa que tem.* (dona Beatrice, rezadeira)

> *Era a mulher que era louca por criança... não tinha filho... Quando foi depois, apareceu um nenezinho. Ela queria muito bem, estimava muito, tanto ela como o pai dela. Aí foi indo, foi indo e a criança morreu. A mãe ficou louca, ficou como uma louca, andando pra riba e pra baixo, pra riba, pra baixo... louca. Aí ela comprou um bebê, comprou*

*de brincadeira... uma bonequinha... aquelas que chora. Comprou pra ficar no lugar do menino dela. Aí foi os pano, camisinha, tudo que a criança tinha, aí ela ficou usando nesse bebê, ficou usando como o menino... A mulher só vivia chorando. Aí corria, ia pegar aquele bebê no lugar do menino. Ela dizia: 'Ô, meu Deus, o meu filim está chorando'. Aí vai, pega o menino, bota no braço como que seja uma criança... O trabalho dela era lutar com aquele boneco. Quando foi um dia, ela foi se deitar um pedacinho ao meio-dia. Quando deu fé foi aquela luminária, na sala... clareou tudo... quando ela viu um cordão de anjo. Os anjo mimosos, aquele cordão parece que era de ouro, que brilhava na vista dela, brilhava! Aí ela olhou, agora mais atrás, no fim vinha a criança dela que tinha morrido. Como o cordãozinho na cintura num amarra... aquele cordãozim tão sujim, e pingando água, pingando água. Aí ela olhou, bem olhado, aí disse assim: 'Vala, meu fio, como vai, como está?'. Pegou a notar, a reparar bem, repara, aí notou que era o fio dela. Aí os anjos tudo alegre cantando as glória a Deus, tudo cantando, e ele tão tristizim pracolá. Aí o menino vai e fala, diz: 'Tás vendo, malvada? Como eu estou? Os outro tudo alegrizim, tudo enfeitadozim, tudo alegre cantando, e eu na maior tristeza por causa das lágrimas que tu derramas? As lágrimas que tu tás derramando por mim, tá aqui tudim na minha mortalha e neste cordãozim, chega pingava'. Essa mulher disse que alertou. Alertou. Disse que foi na rede do bebê, agarrou rede com bebê com tudo, espatifou tudo, aí arrebolou no mato. Aí não quis mais saber. Não quis mais saber de jeito nenhum. Não quis mais saber de bebê... nem de nada. Aí não quis mais saber. 'Não quero mais saber, não!'. Aí pronto, a mulher se conformou-se. Parece que foi depois ela teve sonho que a criança tava salva, dando mil agradecimento a ela, porque ele não se perdeu.* (dona Chiquinha, rezadeira)

O *status* folclórico dessas histórias não diminui de maneira alguma sua importância ou interesse. É por meio delas que a voz do povo pode ser ouvida; experiências comuns são destiladas pela passagem por muitas gargantas em uma expressão e descrição coletiva. O conteúdo inconsciente de uma cultura e tudo o que não pode ser expresso diretamente exprimem-se, com freqüência, de maneira folclórica: as brincadeiras, os provérbios e as histórias pelas quais a experiência e a sabedoria coletiva são expressas e transmitidas. Em relação a isso, é significativo que a religiosidade popular do nordeste brasileiro não revele nada da hostilidade latente encontrada, por exemplo, na série de piadas sobre bebês mortos que circulam nos EUA (Dundes, 1979). Ao contrário, as histórias revelam uma percepção da profundidade do laço de uma mãe com seu filho e de sua dor e saudade pela separação, com uma imagem reconfortante da feliz vida após a morte do filho e a reunião final com a mãe se ela conseguir se "resignar" ou aceitar. A mensagem das histórias é clara: é necessário que as

mães rompam temporariamente o vínculo emocional que as une aos seus mortos para deixar que o morto continue em seu lugar e a mãe no seu, entre os vivos. É somente dessa maneira que se pode evitar que uma criança morta se perca para sempre. As mães enxugam suas lágrimas porque acreditam que o sofrimento nesta vida é temporário. A existência de lendas exemplares é uma evidência da força do vínculo mãe-bebê; onde não existe tal vínculo não haveria necessidade de aconselhar as mães a rompê-lo e não haveria necessidade de confortá-las com a crença na continuidade do contato em um plano sobrenatural. É importante relembrar, entretanto, que a força de suas crenças religiosas não impede os brasileiros pobres de tentar evitar o sofrimento e a morte em primeiro lugar; as famílias trabalham ativamente para manter seus filhos vivos, e só falam de anjos quando a morte é claramente inevitável.

Antropólogos e psicólogos tendem a diferenciar pesar e luto pela morte de alguém, sendo o pesar definido como a experiência de perda e o luto como a resposta culturalmente exigida. O psiquiatra Robert Lifton, em uma série de livros e ensaios sobre pesar, luto, distúrbio do estresse pós-traumático e sobreviventes de desastres e guerras, enfocou as imagens transculturais de perda e de continuidade da vida (Lifton, 1967, 1973, 1977, 1979, 1982; Lifton & Falk, 1982; Lifton & Olson, 1976). Lifton afirma que os membros de diferentes culturas tentam transcender a morte postulando a sobrevivência humana, freqüentemente por meio de um forte sentido de continuidade biológica na forma de família e de uma imagem de continuação do indivíduo na vida após a morte. Os rituais de morte muitas vezes enfatizam essa continuidade e servem para reunificar a sociedade após a perda de um de seus membros (Wilson, 1939; Mandelbaum, 1965). O luto é um processo social, e não um comportamento individual; os funerais são uma expressão de atitudes de grupo diante do morto e do enlutado (Eisenbruch, 1984a). Embora Scheper-Hughes (1985) afirme que a desvinculação das mães em relação às crianças fica evidente no uso de caixões de papelão ou papel machê para enterrar as crianças e na atitude de *belle indifférence*, não vemos nenhuma atitude indiferente no comportamento nos funerais. Na verdade, os funerais de crianças são plenos de um rico simbolismo, embora materialmente simples.

O *status* de anjo das crianças mortas é enfatizado pelo cerimonial elaborado, apesar de caseiro, que acompanha a morte da criança. Como Malinowski (1922) ressaltou, haverá rituais onde houver ansiedade e emoção; na sua ausência, não há necessidade de cerimônia. Rituais de morte como os descritos a seguir refletem a existência de profundas emoções em torno da morte infantil e da necessidade que têm os membros de uma cultura de reagir e mitigar seu pesar.

Quando as crianças morrem, seus brincos de ouro são retirados, seus olhos são abertos para que possam enxergar Deus e uma vela é colocada em suas mãos para iluminar seu caminho. As mãos são arrumadas em atitude de oração e todos os laços no corpo são afrouxados para que o trajeto até o céu se faça sem embaraços ou restrições. Uma criança de menos de 7 anos é colocada em caixão de madeira ou, se a família for muito pobre, de papelão. Esses caixões podem ser baratos e de fabricação tosca, mas são cuidadosamente decorados com papel azul-celeste (ou representando o céu) recortado e colado; flores, um símbolo católico tradicional da ressurreição e da vida eterna, são colocadas sobre o corpo todo da criança, de modo que somente o rosto e as mãos fiquem expostos. Um anjinho deve ter carregadores do caixão (usualmente crianças) virgens (a menos que a criança tenha morrido de doença de criança, pois acredita-se que esta seja contagiosa demais para que outras crianças sejam expostas a ela, mesmo como carregadores). Scheper-Hughes (1985) interpreta o uso de carregadores infantis como uma forma de socializar as crianças na aceitação da morte; nós o vemos como uma forma de enfatizar a condição de pureza e a inocência do anjinho e a esperança de uma rápida ascensão ao céu. Todos esses rituais servem para enfatizar a pureza do novo estado da criança morta e para demonstrar a continuação de sua existência; a morte da criança não a arranca da mãe para sempre, pois o anjinho e a mãe podem se comunicar por preces e visitas do anjo durante a vida da mãe e serão reunidos no paraíso depois da sua morte. No Dia de Finados (2 de novembro), as famílias visitam os túmulos das crianças para colocar flores, mensagens escritas e velas acesas, como um sinal de sua preocupação continuada com seus mortos.

Mesmo o enterro aparentemente descuidado e apressado, de crianças não batizadas, em currais e encruzilhadas é cheio de implicações simbólicas:

> *O pessoal diz que quando uma criança não é batizada... enterram essas crianças em encruzilhadas... O padre me falou que para a criança ter boa sorte, ela deverá ser enterrada num curral de vacas... é para não chorar, para quando com sete ano não fica chorando. O pessoal diz que o curral é abençoado por Deus, sendo de gado, porque no dia que Jesus nasceu apareceu gado, carneiro junto à manjedoura, que foi o local onde ele nasceu... É abençoado por isso... Ou em encruzilhada... onde passa muita gente, e quando chora alguém vai passar, ouvir e batizar, né?* (Neva, Pacatuba)

O mais importante é batizar as crianças antes que morram, pois os espíritos das crianças pagãs voltarão para chorar por sete anos. Se não for possível batizar a criança antes da morte, ou se esta nascer morta, existem rituais para ajudá-la a alcançar a graça de qualquer maneira depois da morte.

*Se a criança não for batizada, eu acho que a mãe chora muito mais porque ela acha que [o filho] não recebeu aquela benção de Deus, as palavras de Deus, e a criança vai rogar muito, como elas dizem, e rogar no purgatório. Vai ao céu, mas vai custar, e aí fica rogando assim; elas acham que é penando, fica sofrendo, assim, solta por aí, vagando, perdido, né? Muitas mães vão fazer macumba, essas coisa, rezam, as veis pedem a Deus perdão, vão à missa, rezam. Já vi muita mãe dizer, assim: 'Eu tô conformada porque sei que meu filho tá no céu'. Isso são palavras delas, porque já vi muitas dizerem. Quer dizer que não precisa de nada porque na hora que ele morre a mãe abençoa e sabe que ele vai direto pro céu. Não chora muito.* (Fernanda, Guaiúba)

O fato de não batizar a criança não se deve a um sentimento materno "alienado", "defensivo", "tênue" ou "difuso" (Scheper-Hughes 1985: 312). Da mesma forma que o acesso ao atendimento médico, o acesso à igreja católica é limitado por barreiras econômicas, geográficas e institucionais. Por exemplo, a igreja matriz de Pacatuba se recusa a batizar os filhos de mães não casadas na igreja católica, um luxo que custa caro nessas comunidades. Mercedes, uma mãe de Pacatuba, explica:

*A irmã do meu marido não tinha condições de pagar dez mil cruzeiros para registrar a bichinha, de jeito nenhum! Aí não deu para enterrar ela no cemitério... Era pagão, né? Minha cunhada não era casada, era só junta, aí o padre não deixou batizar a menina.*

Na eventualidade de uma doença grave, as mães fazem o esforço de conseguir um rápido batismo informal por um curandeiro popular católico, para garantir a entrada da criança no paraíso em caso de morte. Esse comportamento representa o desejo da mãe de proteger a alma imortal de seu filho caso ele morra; não indica uma decisão de permitir que a morte aconteça sem luta. A ausência das mães nos enterros também não é evidência de vinculação "tênue" com os filhos. A necessidade de "conformação" exige que a mãe não compareça ao enterro. Vimos isso na história de Evilene, que não tinha coragem de comparecer ao enterro de sua filha sem chorar. Outras informantes relatam a mesma situação.

*Na minha opinião, eu acho assim: que a mãe não tem coragem. Acho que não resiste sair e ver enterrar um filho, ver cobrir com areia... Acho que o sentimento dela é demais... Muito doloroso, sei lá... coisa demais. Uma coisa que você sabe que não mais vai voltar. E toda mãe sonha ver seu filho crescendo, rapaz. As veis elas fazem plano, sempre prevê um futuro e ela vê que aquele futuro ali acabou. Acho que é por isso que a mãe não vai.* (Fernanda, Guaiúba)

Scheper-Hughes observa que as crianças podem ficar sem nome e sem batismo por diversos meses, que uma criança pode receber o nome de um irmão morto, ser chamada por um nome "genérico" como Zé ou Maria e tratada como "neném", em vez de um nome pessoal. Esses costumes são tratados como evidência de uma atitude "impessoal" em relação às crianças (1985: 311). Observamos as mesmas práticas; contudo, não as enxergamos como relacionadas à negligência. Estão relacionadas à crença muito forte no mau-olhado encontrada entre os brasileiros pobres. Numerosos relatos na literatura antropológica descrevem o costume disseminado de vestir as crianças em trapos, mantê-las sujas, escondê-las, dar-lhes nomes não atraentes ou comuns e declarar em público, verbalmente ou por rituais especiais, que a criança é má, não desejada ou desvalorizada, no que Foster denominou "uma negação simbólica da razão para invejar" e, assim, afastar o mau-olhado (Foster, 1972; Ammar, 1954; Srinivas, 1942). Ammar (1954) interpretou a forma egípcia do resguardo em termos de mau-olhado, também vendo-o como um modo de proteger as mães que deram à luz há pouco tempo e as crianças pequenas da inveja dos menos afortunados. Como esse tipo de prática pode ter a intenção de proteção, não necessariamente indica falta de afeto.

O uso dos nomes Zé e Maria em particular também está relacionado à crença católica popular. Ao nomear uma criança com o nome de um santo, os pais a colocam sob a proteção deste. Zé (diminutivo de José) e Maria são os santos de maior destaque. Assim, o uso desses nomes não precisa ser considerado como evidência de falta de afeto ou impessoalidade; poderia também indicar uma tentativa de proteger os filhos de danos apelando para uma deidade poderosa. Se, de fato, os nomes Zé e Maria indicassem falta de afeto pelos filhos particularmente entre as mães pobres, os nomes seriam mais comuns nas classes baixas do que nas altas e mais comuns entre as crianças mortas do que entre as vivas (não o são em nenhum dos casos). De qualquer maneira, o uso do termo "genérico" é infeliz devido às suas conotações negativas; a existência de grande número de Marias e Zés no Brasil, tanto quanto de Mary e John nos EUA, não é evidência de desamor da mãe de indivíduos assim chamados. A prática de chamar um bebê de "nenê", e não por um nome pessoal, também pode ser encarada como protetora: uma maneira de afastar o mau-olhado tanto de vizinhos como de espíritos insidiosos, já que uma criança sem nome não atrai atenção pessoal. Chamar uma criança pelo nome de um irmão morto não precisa ser visto como evidência de desprezo; pode ser uma tentativa de imortalizar ou reencarnar a criança morta ou refletir o desejo de uma mãe de ter um filho com aquele nome.

Mesmo morta, a criança ainda é considerada como quem tem um lugar na família. Quando perguntadas sobre o número de filhos que possuem, as

mães respondem não com o número de filhos vivos, mas com o número de nascidos vivos. Quando questionadas a respeito de seus filhos perdidos, elas respondem com a idade que teriam agora se estivessem vivos ou informando o seu lugar na ordem dos nascimentos, mantendo, assim, um lugar aberto na família para o filho ou filha. Isso coloca em dúvida a teoria da falta de vínculo materno ou do investimento emocional entre os pobres.

Scheper-Hughes, seguindo Piers, sugere que as mulheres muito pobres são alienadas e indiferentes a seus filhos devido à “inexistência de conexão primitiva” e a uma “estranheza básica”; a pobreza abjeta causa uma “estranheza total” dos filhos, que são vistos como perigosos adversários na competição por recursos (Piers, 1978: 39; Scheper-Hughes, 1985: 313). Essa teoria dialoga com a de Shorter (1977): o sentimento e a afeição maternos estão restritos às classes mais altas, que são as únicas a poderem se dar o luxo de concebê-los. Em sua discussão sobre a negligência molecular, Cassidy (1980: 127) postula que as crianças malnutridas podem se comportar de maneira que não consigam estimular suficientemente a resposta materna, de modo que mãe e filho, “em um círculo vicioso, progressivamente expressem padrões de comportamento deletérios”, um argumento semelhante à afirmação de Scheper-Hughes (1984, 1985) de que a desvalorização, por parte da mãe, da passividade infantil pode levar à negligência. Cassidy (1980) ressalta que esse comportamento pode ocorrer sem que seja característico das sociedades ou por elas preferido, não indicando nem desejo inconsciente de prejudicar nem falta de vinculação materna. Scheper-Hughes (1985) também tem cuidado ao diferenciar essa negligência passiva do abuso infantil; não existem evidências, afirma ela, do padrão clássico de raiva e agressão rancorosa contra crianças nas comunidades pobres em estudo. Dada a natureza inconsciente e passiva desse ciclo descendente, o debate acerca das bases biológicas ou sociológicas de vinculação não é afetado; a existência de tal ciclo não indica uma atitude geral de desvinculação, desprezo, despreocupação, falta de afeto ou “estranheza básica” em relação às crianças por parte das mães. Um ciclo como esse poderia ocorrer mesmo que a ligação fosse biológica; o que se deve dizer é simplesmente que deve haver um nível apropriado de estímulo e contato para que o vínculo instintivo seja desencadeado. É possível que o temor de vinculação emocional com crianças frágeis retarde a ligação; continua sem comprovação, contudo, se isso leva a um comportamento negligente. Além disso, as estatísticas sobre a média de idade na morte indicam que o vínculo pode não ser um elemento do luto materno; na época em que uma criança entre 2 e 7 anos morre, o período de “atraso em se vincular” já passou, especialmente em comunidades como as favelas brasileiras, onde as crianças são integradas à vida econômica muito cedo, os meninos mendigando e fazendo trabalhos avulsos

nas ruas e as meninas cuidando de crianças pequenas e ajudando suas mães a lavar roupa (muitas mulheres de favela trabalham como lavadeiras).

A "conformação", a crença nas asas molhadas dos anjos, a pletora de rituais em torno da morte, a escavação de covas, a manutenção do lugar da criança na família, tudo sugere uma profundidade de sentimento até agora não relatada na literatura sobre mortalidade infantil. Nossos achados sobre isso e a distância que as famílias percorrem para conseguir atendimento para seus filhos, apesar das barreiras monumentais, demandam uma reconsideração da teoria existente sobre reações de luto materno em comunidades pobres. Outra falha importante na teoria ainda a ser abordada: o retrato de mulheres como agentes autônomos nas decisões sobre o cuidado dos filhos. Nossas evidências mostram que as decisões de diagnóstico e tratamento ocorrem em um contexto social e fazem parte de uma interação de mães com seus maridos, namorados, parentes, vizinhos e profissionais médicos locais.

## Redes Sociais de Mães

Em um estudo sobre "susto"[N.E.] na Bolívia, Libbet Crandon (1983: 161) descobriu que o diagnóstico do problema, mesmo em crianças pequenas, é um assunto comunitário; "virtualmente todo o lugarejo" se envolve na decisão sobre o mal de que o paciente está sofrendo. Encontramos uma situação semelhante no Brasil. A família e os vizinhos estão envolvidos no cuidado das crianças e as decisões sobre diagnóstico e tratamento dificilmente são surpreendentes em uma região onde a família é a estrutura social dominante (Azevedo, 1965; Berlinck, 1969; Harblin, 1971) e onde as relações sociais comuns são fortalecidas pelos laços de parentesco fictício (Butterworth, 1970; Foster, 1953a, 1979; Mintz & Wolf, 1950; Paul, 1942). As teorias sobre a autonomia da mãe implicam que o comportamento materno seja um fenômeno psicológico individual e que os problemas no cuidado infantil possam, assim, ser de responsabilidade das mulheres e de suas deficiências individuais. Achamos que essa abordagem é estreita. As mães são observadas, aconselhadas, ajudadas, são alvo de maledicência, repreendidas e julgadas por seus cônjuges, namorados, parentes e vizinhos, e suas decisões sobre cuidado dos filhos são tomadas no interior de uma matriz social.

Embora a falta de envolvimento masculino e mesmo o abandono sejam grandes, especialmente na favela, e o encargo de procurar atendimento recaia principalmente sobre as mães, as informantes freqüentemente também contam histórias tocantes sobre pais e avôs que trabalham duro para ganhar dinheiro

para o tratamento, pedindo ajuda aos políticos e sentindo profundamente a morte das crianças. Marilena, de Pacatuba, descreve a reação de seu marido à morte de sua filha mais velha por desidratação e diarréia:

> *Ave, Maria! Meu marido ainda chora quando é três horas, na hora do mingau do bebê, aí ele começa a chorar por causa do mingau da outra. Ele é quem faz o mingau dela. Se você ver o mingau que ele faz, viu? O mingau que ele faz é a maior limpeza do mundo ali, só ver ele bulindo, ele escaldando, ele mexendo... eu quero é que você veja! Sem dúvida, ele ainda faz o mingau dela mais bem feito do que eu, é!... Ele é que diz assim, brincando: 'Ei, bichinha, tu quer fazer teu pai ficar doido, quer? Porque agora se tu morrer como sua irmã ele fica doido'. Aí, eu digo 'essa aqui, minha fia, não vai morrer porque toda semana ela vai pro médico'.*

Tanto os homens quanto as mulheres recebem visitas dos anjos e com freqüência estão envolvidos no esforço de obter atendimento médico, especialmente tentando conseguir dinheiro para o tratamento. Sr. José, umbandista, descreve como pais indigentes procuram ajuda:

> *Se o pai de família tem duas ou três crianças doente, já que não tem possibilidade de dar o alimento das crianças, ele pede ao prefeito... Se o prefeito num quiser dar aquela ajuda, aí ele tem de ir falar com as pessoas maior, falar com o governador, com o médico. Sei que tem muito pai de família, mãe de família que bota carta e manda pedir.*

Além disso, encontramos um alto grau de envolvimento de vizinhas e parentes mulheres no cuidado das crianças. Muito pouco do que é feito em cidades pequenas escapa da observação da comunidade; nossas informantes observam o comportamento materno umas das outras com tanta familiaridade quanto os seus próprios. O cuidado e o tratamento de bebês e crianças são vistos como um assunto legítimo de envolvimento comunitário. A força da rede social é mais evidente do que no sistema de adoção informal que atua como uma válvula de segurança comunitária para crianças desenganadas e moribundas. Mães pobres sem condições de cuidar de seus filhos podem "dar uma criança" para alguém com melhores condições para isso. Longe de indicar desvinculação materna (Scheper-Hughes 1984, 1985), cremos que isso indica o desejo da mãe de sacrificar o contato íntimo com um bebê em troca de um futuro mais seguro para ele. "Dar uma criança" no nordeste do Brasil não significa normalmente um rompimento permanente de contato, como ocorreria no sistema de adoção mais formal dos EUA. Uma criança dada para um vizinho ou parente criar permanece na comunidade e em contato com sua mãe; é dada não por desinteresse, mas na crença de que a mãe que a recebe possui melhores condições materiais ou de tempo para dela cuidar adequadamente.

## Fatalismo como uma Racionalização *Post Factum*

As palavras não necessariamente correspondem com exatidão aos atos, nem aos estados interiores. Embora muitos de nossos informantes expressem atitudes fatalistas a respeito da morte de crianças depois dela, muitos também percorrem distâncias extraordinárias antes da morte para tentar salvar a vida de um filho. Além disso, como vimos, o afeto descomovido das mães não corresponde à falta de sentimento. As afirmativas fatalistas que as mães fazem depois da morte dos filhos são, propomos, parte do complexo de "conformação", e nem evitam nem indicam a falta de busca ativa por atendimento médico para crianças e bebês. As afirmativas fatalistas não necessariamente indicam um comportamento fatalista mais importante, tampouco indicam negligência. Lieban denominou as afirmativas fatalistas de "explicações *post factum* dos desfechos de enfermidades [que] podem não necessariamente persuadir a pessoa doente de que a ação para reparação seria inócua quando a enfermidade está em evolução" (1977: 29). Concordamos com esse julgamento. Por exemplo, Marilena de Guaiúba falou de forma fatalista da morte de sua filha:

> *Eu comecei a chorar, aí minha mãe disse: 'Não, minha fia, nós é quem num sabe o que diz. Deus Nosso Senhor, ele tá acolá, ele tá sabendo de tudo'. Deus Nosso Senhor levando é muito melhor, que a gente tá descansado, num passa vergonha, num passa agonia, nem vai chorar por causa daquele filho. A gente num quer que morra, mas se é de ter uma sorte ruim... Ninguém pode ser contra Deus, não! Todos nós, nós temos nosso superior. Nós num pode ser mais que Deus, não, de jeito nenhum!... Num tem essa mãe que tenha um filho, que queira ver ele morrer, né? Mas eu num posso fazer nada. Só num quero que ninguém diga que ela morreu foi falta de remédio, que isso aí, tem o prefeito de testemunha que ele me dá remédio pra todos os meus filhos...*

Apesar do tom fatalista de seu depoimento a respeito da morte de sua filha, Marilena havia experimentado alguns remédios, levado a menina a três médicos, consultado diversos curandeiros populares, prometido a São Francisco fazer uma peregrinação e mortificar sua carne se a criança se recuperasse, caminhado muitos quilômetros em busca de atendimento – apesar de grávida do filho seguinte –, pedido dinheiro emprestado e vendido suas posses para pagar os remédios e, finalmente, internado a criança em um hospital de Fortaleza onde ela morreu depois da inserção inadequada de um tubo nasogástrico. Como no nosso estudo de caso de Evilene, a vontade de Deus só é mencionada depois das mortes ou quando a morte parece inevitável. Antes, apesar da vontade de Deus, os pais lutam muito para evitar as mortes. Como diz um ditado

popular, "Reze como se tudo dependesse de Deus, mas trabalhe como se tudo dependesse de você".

Curandeiros e pais com freqüência falavam da necessidade de manter a esperança de que a criança "escaparia" e sobreviveria mesmo nos casos de doença de criança. O sr. José, umbandista, declarou:

> *Com doença de criança, toda mãe pensa que o filho acaba, que não tem cura, a mãe fica logo sabendo que a criança morre logo, né? Mas elas fica pelejando demais pro filho escapar... Mesmo sabendo que ele vai ficar abestado, a mãe quer sempre que escape!*

Dona Corina, rezadeira, acrescenta:

> *Quando a criança é muito fraquinha, sabendo que a criança escape e mesmo a gente sabendo que ela num escapa, a gente tenta de todo jeito, né? Às vezes a criança recupera, como já tenho visto recuperar. Aí a criança torna a viver. As mães ficam com esperança que os filhos vão escapar... Nunca elas disseram que não iam mais tratar.*

O fatalismo de nossos informantes, bem como sua "conformação", tem mais a ver com padrões de comportamento público culturalmente prescritos do que com atitudes internas de aceitação da morte. Da mesma forma que a "conformação", oferece conforto após infortúnio. A crença no destino é uma crença de que no fim tudo acaba bem; se era a vontade de Deus que a criança fosse levada, então sua morte faz parte do plano de um pai sábio e benevolente, e os pais podem se consolar com a crença de que esta tem um propósito e uma razão e que os sofrimentos deste mundo serão compensados no próximo. A existência de tal crença reflete a profundidade do sofrimento que ela mitiga; se os pais não se importassem, não teriam razão para se apegar a tais convicções.

## Sistemas Populares de Ética Médica:
### orientando as decisões da mãe sobre a morte

A decisão sobre se a criança moribunda deve ser tratada, e até que ponto, é angustiante em Pacatuba, Guaiúba, Gonçalves Dias e em qualquer lugar. Nas unidades ocidentais de terapia intensiva neonatal, a decisão de continuar o tratamento intensivo de crianças moribundas muitas vezes é cercada de ambigüidades, opiniões conflitantes e complicações legais em torno da definição precisa do ponto em que a vida termina e a morte começa e a extensão

em que medidas "heróicas" prolongam a vida ou a dor. Os notórios casos de Saikewicz e Quinlan (Glantz & Swazey, 1979), entre um número crescente de outros, estão colocando em questão os direitos dos pacientes à "não-adoção ou interrupção seletiva de tratamento" dos doentes terminais, com o argumento de que depois que fica evidente que não há esperança de recuperação do paciente, a intervenção médica continuada resulta em sofrimento prolongado, sendo a morte preferível. O furor causado por tais casos originou o crescente campo da ética médica e a formação de comitês formais de revisão hospitalar. Apesar do processo de revisão por pares, a "salvabilidade" de pacientes é determinada quando os membros pesam alternativas e desfechos caso a caso e, então, criam critérios gerais para ordens de "não ressuscitar".

Apesar da falta de sofisticação tecnológica, profissionalismo e comitês de ética formais, existe um sistema ético em comunidades brasileiras pobres. Um sistema ético popular de valores culturalmente compartilhados orienta as famílias pobres nas decisões relacionadas à morte. A tecnologia disponível às mães e curandeiros tradicionais é simples; suas decisões éticas estão relacionadas com doenças e problemas diferentes daqueles dos hospitais modernos. Mas se uma criança estiver morrendo de desidratação ou de doença da membrana hialina, a decisão de tratá-la é tomada pelos pais em consulta com os especialistas disponíveis. No sistema de atenção à saúde formalizado e profissional dos EUA, esses especialistas são médicos. Nas comunidades brasileiras pobres, incluem as mulheres mais velhas da família e curandeiros tradicionais. Dado o aspecto comum da morte infantil nessas comunidades, não é surpreendente que esse sistema ético tenha evoluído para ajudar a orientar as famílias em sua decisão de tratar a doença ou interromper o tratamento. É no interior desse sistema ético popular que as categorias populares de doença como a doença de criança estão embutidas. Essas doenças populares, relacionadas a problemas terminais da infância, podem articular princípios e critérios para a interrupção do tratamento médico. O rótulo 'doença de criança' significa para pessoas leigas os problemas sob os quais medidas médicas extraordinárias deveriam ser cessadas e se permitisse que uma doença seguisse seu curso. Em regiões empobrecidas, onde a tecnologia é necessária, a suspensão de "medidas médicas extraordinárias" pode se referir não ao desligamento de um paciente terminal de um caro sistema de suporte à vida, mas ao corte na aquisição de remédios caros, à remoção ritual de itens materiais que simbolizem a vida (como brincos de ouro e amuletos e pendentes variados) e ao início do afastamento emocional do luto antecipatório. Como parte de um sistema ético, esses comportamentos normativos não são interpretados pelas pessoas do local como causa da morte do paciente, porque derivam de julgamentos culturais compartilhados

sobre o ponto em que o tratamento e a esperança deveriam cessar. Como afirma dona Corina, rezadeira, as decisões médicas dizem respeito a todo mundo em Pacatuba:

> *Ave, Maria! Todo mundo é responsável pelas crianças. Eu, você... A gente vê uma criança doente, a gente tem que se preocupar com aquela criança, né?*

É devido a esse consenso social, e não devido a uma "deficiência percebida na criança" (Scheper-Hughes, 1984: 541, 1985: 305), que as mães não são castigadas pelos moradores da localidade quando ocorre uma morte. O ponto de decisão é determinado pelos membros da comunidade em concordância com padrões e critérios específicos socialmente construídos. Os pais pobres e os curandeiros tradicionais decidem interromper o tratamento usando critérios como: a severidade dos sintomas da criança e a probabilidade de sobrevivência; as condições (recursos) prontamente disponíveis para um tratamento bem-sucedido; a despesa provinda do tratamento sobre os recursos totais da família e a qualidade de vida da criança sobrevivente. Esses critérios são iguais àqueles usados pelos médicos norte-americanos (Crane, 1975). Utilizamos a expressão "decidir pela morte" nesses casos para enfatizar que quando uma mãe brasileira pobre decide que seu filho "não tem jeito", ela toma uma decisão. Essa decisão é tomada depois de considerada a doença da criança por completo, de consulta a especialistas e da compreensão de que há pouca ou nenhuma esperança de sobrevivência da criança, dada a terapia disponível. Existem razões consideradas suficientes para a interrupção do tratamento de pacientes terminais pela Suprema Corte de Massachusetts (Glantz & Swazey, 1979). Existe um sistema popular de triagem descrito pela expressão "criança difícil de criar" e pelas categorias relacionadas "fraqueza", doença de criança e "criança desenganada". Essas expressões e categorias constituem um sistema etnomédico de classificação para doenças da infância – aquelas que ameaçam a vida e as terminais. Para se entender o processo de decisão por tratamento, deve-se compreender as premissas sobre as quais está baseado. Se não houver o etos popular da vida e da morte, a "não-adoção ou interrupção seletiva de tratamento" (Glantz & Swazey, 1979: 26) como uma decisão racional e socialmente sancionada pela interrupção do tratamento dos doentes terminais pode ser interpretada como negligência, o que implicaria falta de preocupação, revisão, decisão e ação ética das mães em relação aos seus filhos moribundos. A distinção, embora pareça sutil, é crucial: não é a interrupção do tratamento que constitui um patógeno e mata as crianças (Scheper-Hughes, 1985); é a doença causada por micróbios que as mata. Dado o nível de tecnologia disponível, nenhuma resposta por parte das mães de tais crianças pode salvá-las. O rótulo

'doença de criança' é um reconhecimento social do ponto sem volta: não é uma causa de morte.

## A Criança Difícil de Criar:
### elas vivem doentes, vivem doentes, vivem doentes

Os curandeiros tradicionais têm um conceito preciso de crianças de alto risco. Essa "criança difícil de criar" nasce fraca e adoece com muita freqüência; número excessivo de episódios de doença fará com que ela fique desenganada e morra. Muitas vezes a doença que leva a óbito é a doença de criança. Embora os curandeiros enfatizem que todas as crianças correm risco (uma rezadeira observou: "Senhor, acho que é muito fácil pra todo mundo morrer!") tanto de adoecer quanto de serem acometidas por males popularmente vistos como doença, os curandeiros têm um conjunto de critérios para descrever aquelas crianças sob maior risco como "crianças difíceis de criar". Como os curandeiros não categorizam os fenômenos da mesma maneira que os médicos, de um ponto de vista biomédico, esses critérios misturam presságios místicos com sinais biomédicos. Isso se deve a diferenças básicas entre os conceitos dos curandeiros e os dos médicos sobre o que existe no mundo. Para o curandeiro tradicional, uma veia azul saltada é um sintoma tão real e corriqueiro quanto uma crise de diarréia.

> *Eu não sei, não. Essa raça de gente branco. Essa classe de gente branca nossa! As vezes não adura, né? A criança branca é mais fácil de adoecer. Gente branca é tão fraca por natureza, né? O moreno não, porque nossa cor é uma cor é muito forte. Aquela pessoa de qualidade branca, branca, brancosa, aquela é muito fácil de adoecer porque o sangue é muito fraco. Uma criança difícil de criar é pálida, é abatida, é magrim... Tem criança que tem essa veia azul aqui [entre os olhos], a veia da morte... É rara a que se cria. Pode ter diarréia, febre, e também vermes dentro do intestino, né? As mães não dão de mamar, já tem terminado, né? Chorando, chorando, esperneando, uns morrem... Morrem gritando, gemendo e gritando, mas é um choro fraco... Quando vai morrer só dá aquela crise de febre e diarréia.* (dona Beatrice, rezadeira)

Toda "criança difícil de criar" é "fraca". Embora todas as crianças sejam consideradas fracas em comparação com os adultos e a força das doenças, a criança "fraca" é particularmente delicada. A condição de "fraqueza" é considerada pelos curandeiros como efeito da pobreza, da amamentação com mamadeira e da desnutrição.

> *A criança fraca... Essa criança não mama, passa fome... O bichim come micharia, né? Sente demais quando o marido falta trabalho, mas é pela sorte. Tem delas que tem os filhos sadio, mas tem outras, coitados, que não tem marido nenhum pra ajudar... As crianças sofrem, sofre porque o alimento que devia dá os filhos o pai bebe ou dá às outras [filhos] lá fora, né? Sofre... e as mães sofre necessidades e agonia com os filho doente com fome.* (dona Beatrice, rezadeira)

> *As crianças que são fraquinhas, né? Que não se alimentam direito, do jeito que é pra se alimentar, né? Que os pais não podem dar os alimentos que eles precisam... já nasce pouquinha... já vem doente... Eu gosto muito de criança... Se eu fosse uma mulher que eu pudesse... eu visse assim uma criança abandonada, que os pais não pudesse dar alimento aquela criança, eu dava... porque elas morre de fraqueza... Negócio de pai-de-santo, não! Tem que tá no alimento, né?* (dona Corina, rezadeira)

> *Doutora, você sabe que essas criança, tem vez aquela mãe é doente... ou aquele pai é doente. É fraco, do berço, do nascimento, daquela hora. Vão se criando aqueles bichim... Os pai num pode comprar um bom alimento pra aquela criança, num é? E os pobre dos pais num tem recurso. Tudo são pobre. Mas se você transforma... muda a situação, aquela criança cresce. É as criatura fraca. Num tem resistência de aumentar aquela criança pra frente.* (dona Binha, rezadeira)

É difícil dizer em que medida nossa descrição de "fraqueza" é semelhante à de Scheper-Hughes devido a diferenças na descrição entre seus dois ensaios. No seu ensaio de 1984 ela afirma que a "fraqueza" é vista pelas mães como uma causa natural de morte; em 1985, afirma que é socialmente criada. Concordamos que "fraqueza" é uma categoria natural porque essas crianças "nascem fracas, morrendo" (Scheper-Hughes, 1984: 540), mas não concordamos com a afirmativa de que seja uma categoria socialmente criada porque na visão das mães é percebida como uma "fraqueza estrutural que envolve um subinvestimento materno" (Scheper-Hughes, 1985: 302). A única de nossas informantes que mencionou uma causa "estrutural" para "fraqueza" foi dona Beatrice com seu comentário racial. Nossos informantes não consideram que a "fraqueza" esteja relacionada ao "subinvestimento materno"; tal condição é claramente descrita como um estado de desnutrição. O fato de a criança ser desnutrida não se deve à "debilidade" do laço mãe-filho, mas à incapacidade dos pais para prover alimentação. Dona Corina não diz que os pais não querem ou se recusam a alimentar seus filhos, ela diz que eles não podem. A criança abandonada não é abandonada porque os pais não se importam, mas porque não têm capacidade, poder para alimentá-la. Se a "fraqueza" é uma categoria

socialmente criada, é criada não pela mãe nem pela sociedade daquela pequena cidade ou da favela urbana, mas pela sociedade mais ampliada que força essas pessoas a viverem na pobreza. A desnutrição por "fraqueza" não está relacionada a nenhum "subinvestimento materno"; é devida à pobreza da mãe. Dona Binha diz que se você modificasse a situação da família, a criança não seria mais "fraca", uma declaração que não diz respeito a uma fraqueza estrutural. Dizer que uma criança morreu de "fraqueza" é equivalente a dizer que morreu de desnutrição – apesar da afirmativa de Scheper-Hughes (1984, 1985) de que as mães nunca indicam a desnutrição como uma causa específica de morte. Como ressalta Cassidy (1980), a desnutrição como tal é uma categoria biomédica ocidental; outros grupos possuem outras expressões e classificações para ela.

A criança "sabida" (inteligente) também é descrita como "difícil de criar" por nossos informantes, uma interpretação diferente daquela de Scheper-Hughes (1984, 1985), que afirma que sua informante preferia as crianças "sabidas" às apáticas, adoentadas e passivas, a quem negligenciam. Nossos informantes consideravam as crianças "sabidas" como particularmente delicadas e "difíceis de criar".

> *A criança com 1 ano de idade, que já tem sabedoria de dizer tudo, é muito difícil de se criar e não morrer.* (dona Corina, rezadeira)
>
> *Aquela doença de criança matou meu fio ligeiro que só... em 24 horas, né? Ele era um menino tão forte... tão sabido que o pessoal parava a gente na rua só para olhar o bichim. Era tão sabido, mas tão danado... Eu disse que não ia escapar, de jeito nenhum! A noite que ele morreu, o bichim estava deitado na rede e disse: 'Mamãe, eu vou morrer'. Aí, eu disse: 'Você vai morrer, meu nenê?', e ele disse: 'Eu vou'. Aí eu perdi a esperança.* (Maria de Lourdes, Pacatuba)

Alguns informantes sugerem que o fato de serem "sabidas" atrai o mau-olhado sobre essas crianças. Os informantes enfatizam que é preciso ter cuidado especial tanto com as crianças "sabidas" quanto com as "difíceis de criar", porque elas correm maior risco de morrer.

> *Essas crianças que já nasce doentinha... ou tá com fraqueza precisa de muito mais atenção e cuidado do que as outras, né?* (dona Binha, rezadeira)
>
> *Quando a gente vê que a criança não é bem sabida, a gente precisa tá todo tempo na expectativa, né? Dando os alimentozim nas horas certa, e se preocupar mais com ela... Ela precisa muito mais cuidado do que aquela nenenzinha sadia, né?* (dona Corina, rezadeira)

As mães explicitam que cuidar de uma criança adoentada é um fardo a mais em uma vida já sobrecarregada; contudo, elas assumem a tarefa:

> *Atrapalhou demais minha vida... Seis dias sem conseguir dormir, com ele gritando, gemendo, né? Dia e noite só com aquele chorinho aborrecido, gritando e virando os olhos. Parecia que ele estava em agonia, sabe?* (Aura, Pacatuba)

> *Antes da doença, a bichinha arrastava cadeiras pela casa, né? Andava sozinha, né? Agora, ela não tem mais condições de arrastar nada... Se pôr em pé, assim, agarrada com a gente, ela não tem sustança nas pernas de jeito nenhum... Não anda mais, não! O tempo todo a bichinha ali, agarrada na perna da gente, atrapalhando o serviço de casa, né? Mas como eu vou largar ela? Parar de cuidar a bichinha pra terminar meu serviço, né? É ela ou as tarefa de casa... E eu prefiro ela.* (Idália, Pacatuba)

A "criança difícil de criar" representa um enorme peso emocional, físico e financeiro para a família. Embora nenhum pai ou mãe queira estar na situação de ter tal filho, uma vez que a "criança difícil de criar" aparece na família são feitos esforços para que ela seja cuidada e criada. Apesar das dificuldades de sua vida, os brasileiros mais pobres consideram-se como lutadores e sobreviventes: se Deus lhes dá um filho "difícil", fazem o melhor possível para vencer o desafio.

> *Eu adoro a mãe que luta pelos seus filho, pela sua família. Fazer tudo pelos seus filhos...* (dona Corina, rezadeira)

> *Eu vou dizer pra você... tem muitas mãe aqui no nosso Ceará que tem cuidado com os filho mesmo. Eu reconheço. Elas lutam mesmo. Tem mãe que tem cuidado com o filhim ou com a filhinha.* (dona Binha, rezadeira)

Na classificação etnomédica de doenças ameaçadoras à vida, a mais grave que acomete as "crianças difíceis de criar" é a doença de criança. Nossa descrição dessa doença difere consideravelmente daquela de Scheper-Hughes.

## Doença de Criança

Crandon (1983) criticou as teorias sobre "susto" na literatura latino-americana porque elas não conseguem explicar o problema do "susto" nos bebês. Os teóricos, postula Crandon (1983: 157, 158), têm uma "idéia fixa" em considerar o aspecto simbólicos dos eventos e, assim, tendem a ignorar o "susto" dos bebês, que é "claramente fisiológico", em favor de estudos sobre o "susto" em

adultos, que é mais receptivo a uma análise simbólica ou psicológica. Crandon vê o "susto" como um rótulo social aplicado a certos tipos de doenças. Como uma síndrome "ligada à cultura", o sofrimento do "susto" é uma afirmativa sobre etnicidade na comunidade boliviana que Crandon estudou. Tem um significado tanto simbólico como fisiológico. Dessa maneira, o autor transcende o estreito dualismo cartesiano tanto dos teóricos biomédicos, os quais vêem o susto como um problema biológico simples, como dos antropólogos, que o vêem como um problema simbólico e psicológico. A doença de criança no nordeste brasileiro é, similarmente, um rótulo ou descrição para um fenômeno fisiológico. Mães e curandeiros usam a expressão 'doença de criança' para categoricamente designar doenças infantis que ameaçam a vida, são letais, fortes e virulentas. A doença é enormemente temida e tida como especialmente contagiosa e mortal. Aguda ou crônica, a doença de criança compreende um vasto rol de sintomas comuns às doenças que podem levar crianças à morte: doenças gastrintestinais, respiratórias, infecciosas e distúrbios nutricionais. O período de maior risco é constituído pelos primeiros sete anos de vida, após o qual acreditam que a fontanela se feche. Mães e curandeiros descrevem a doença:

> *Quando o bichim morreu só tinha um mês e 14 dia, né? De repente deu um goipada verde, aí, e já amanheceu morto. Era só aquela água verde, fedorenta... Aí a moleira rasgou... partiu no meio... desfigurada, viu? Tava com cansaço forte... ficou roxo... A gente tentou de tudo, mas nada adiantava, não... O meninzinho morreu.* (Ludmila, Pacatuba)

> *A diarréia era nem como um aguaceiro caindo do céu, né? O bichim era só couro e osso, murcho, sua moleira rasgou e abriu, cabia dois dedos. Não tinha mais fé que ia escapar, não! Era minha mãe que lutava com ele, pois eu trabalhava no José Rodrigues para comprar remédios... A gente levou ele no doutor, na farmácia... pra cima e pra baixo... Andamos em tudo que foi curandeiro!* (Delinda, Pacatuba)

> *A doença de criança dá aquela cólica forte, né? Os gritos é o primeiro que chama a atenção. Aí, quando dá aquela cólica sai com tanta força que ele se obra todim... Toda vida que vai dar uma dor, ele grita, aí ele obra... Faz cocô verde espedaçado... Fica todo tempo gritando... Tem criança que dura até um mês... até perder todas as carnes, fica só o couro e o osso. A doença, também, é tão forte que ela mata em 24 horas... morre com todo o corpo.* (dona Corina, rezadeira)

*A gente conhece pela moleira... Sobe, fica alta, né? A criança fica caindo pra trás... enfraquece... dá uma dor de cabeça muito grande, que a criança chora até morrer.* (sr. José Maria, raizeiro)

Os curandeiros falam de sete tipos ("qualidades") da doença de criança. Embora nenhum informante nomeasse as sete (e o número sete é claramente escolhido por seu valor simbólico), entre os mais comumente citados estavam os seguintes: moleira funda, enterite ("nas tripas"), convulsões ("ataques"), roxidão ou cianose ("roxo"), "gritando", "calado", "gemendo", "chorando" e "de repente". As sete "qualidades" constituem um sistema diagnóstico popular não escrito, mas não menos codificado. Como todo sistema popular, exibe variações; no entanto, indica a existência de um sistema organizado de diagnóstico desenvolvido pelo povo para responder à ameaça de doenças graves.

As sete "qualidades" estão associadas com sintomas mais específicos, incluindo fontanela extremamente afundada ("moleira funda", "cabeça quebrada" ou "cabeça lascada"); diarréia aquosa, freqüentemente verde e malcheirosa; vômito; "olhos de anjo", profundos e vidrados; febre alta; dor de estômago; cólicas e "febre intestinal" ("quentura do intestino"); falta de apetite; defecações incessantes; sede; incapacidade de urinar ("prisão de urina") e "carne seca". Alternativamente, a criança pode sofrer de dor de cabeça severa; pescoço rígido; tremor na cabeça; fontanela edemaciada; "cansaço" ("cansaço para respirar"); ponta dos dedos, unhas ou pés roxos; manchas ou marcas escuras; dor de garganta; tosse; dores no corpo; espuma na boca; baba; pele amarela; incapacidade de sentar; incapacidade de andar; paralisia; queda; fraqueza muscular; irritabilidade e choro prolongado.

Dada a sintomatologia específica relatada para doença de criança, propomos que, em vez de traduzir uma "negligência seletiva etnoeugênica" (Scheper-Hughes, 1984: 540), esta seja uma expressão médica popular guarda-chuva que abriga enfermidades clinicamente graves como doenças diarréicas agudas e crônicas, desidratação em terceiro estágio, desnutrição protéico-calórica de moderada a severa (categorias II e III de Gómez) com marcadas defecações, meningite, pneumonia, sarampo e tétano neonatal ("mal de sete dias"), entre outras, em suas manifestações mais severas. As crianças cujos pais disseram que estavam acometidas por doença de criança e que foram examinadas por médicos do projeto tiveram diagnosticadas essas doenças infecciosas complicadas por desnutrição. Essas doenças e problemas são mortais, especialmente quando ocorrem em combinação (como com diarréia e desidratação combinadas com desnutrição) sob condições de extrema pobreza.

*Doença de criança... A enterite que o povo chamava, né? E que hoje é a meningite... Pode ter uma má alimentação, uma diarréia uma vez por*

*outra, que é exatamente a má alimentação que traz a diarréia que enfraquece, e tudo isso traz a infecção.* (sr. José Maria, raizeiro)

Enquanto os médicos biomédicos classificam essas doenças com base no agrupamento de sinais e sintomas particulares, organismo causador e envolvimento de sistemas particulares de órgãos (por exemplo, desnutrição, meningite, pneumonia), o sistema tradicional as classifica com base na severidade e probabilidade de sobrevivência, cruzando diversos agrupamentos de doença. O diagnóstico refere-se ao estágio final da doença ou ao agrupamento de doenças, o ponto no qual a situação se torna ameaçadora à vida. Um diagnóstico de doença de criança refere-se à probabilidade de morte por doença grave, não à decisão autônoma, por parte de uma mãe, de facilitar um falecimento indesejado de um filho.

Embora Scheper-Hughes não saiba "o que exatamente inspira um diagnóstico popular desse tipo" (1984: 541), os curandeiros não têm dúvidas; eles diagnosticam a doença de criança pelo exame físico das crianças e seus sintomas e por presságios. Enfatizam que a doença de criança pode começar como "susto" ou alguma outra enfermidade popular, e subitamente "virar" (se transformar em) doença de criança. Informam que ocasionalmente a doença de criança é prolongada, especialmente se envolver uma "criança difícil de criar" que fique doente com freqüência, mas mais comumente descrevem mortes súbitas, quando a doença aparece e mata tão rapidamente que há pouco tempo para agir. Os curandeiros nos contaram que as crianças com doença de criança podem morrer subitamente, muitas vezes em 24 horas. Usam as palavras "logo", "de repente" e "rapidamente" para descrever essas mortes, e "braba", "forte" e "perigosa" para se referir à doença em si.

> *Geralmente, uma criança quando está doente de doença de criança morre em 24 horas... Não dura uma semana, duas, não. Morre com todo o corpo. É uma doença forte.* (sr. José, umbandista)

> *Doença perigosa, doença contagiosa... Morre com todo o corpo dentro de 24 horas. Dá hoje... amanhã já morre.* (dona Vicença, rezadeira)

> *Tem criança que dura até um mês... até perder todas as carnes e ficar só couro e osso, mas também tem criança que a doença é tão forte que dura 24 horas, morre de repente... com todo o corpo.* (dona Corina, rezadeira)

A doença de criança é considerada como uma doença causada por fatores naturais, e não pelo comportamento da mãe. A doença é tão forte que se acredita que inevitavelmente deixe seus sobreviventes deficientes, retardados

ou “fracos da cabeça”; apesar disso, são feitas tentativas para tratá-la e, se possível, salvar a criança que dela sofre.

> *Não é que a mãe não cuide bem da criança, não. Ela se esforça... Tem mãe que Ave, Maria... É porque a doença de criança é tão braba que mata num instante... As veis nem eu nem o médico cura... Ninguém pode dar jeito. As veis diz: ‘Ai, ele vai morrer!’. Outros às veis diz: ‘Não, eu ainda vou esperar’. Pega e dá remédio fulano, remédio cicrano. Mas não adianta, minha fia. Porque as veis escapa... De que adianta escapar? Eles fica umas criatura inutilizada. Ô, meu Deus!* (dona Raimunda, rezadeira)

> *Não digo não que é doença de criança, porque tem muita mãe que é nervosa, né? Fica louca de ver o filho doente, sabe que o filho vai morrer. Mas as veis, eu tenho dito que ela dê remédio fulano de tal que eu sei que serve, né?* (dona Idalina, rezadeira)

Em contraposição à descrição de Scheper-Hughes (1984, 1985) de crianças com doença de criança sendo deixadas à míngua de cuidados, definhando, os curandeiros indicam tratamentos específicos para a enfermidade, incluindo chás medicinais (especialmente hortelã [*Mentha piperita*], gergelim [*Gesamun indicum* L.] e couve [*Brassica oleracea* L.]), medicamentos (especialmente antibióticos), ovo e reidratação oral ou leite materno. O encaminhamento para médicos também é empregado devido à alta taxa de óbitos:

> *Assim que eu olho, que eu vejo que é doença de criança... eu digo ‘não, minha fia, isso aqui num é doença pra reza, não. É pra levar para hospital e é ligeiro, ligeiro’, né? Coisa que não vai deixar pra amanhã ou depois.* (dona Vivença, rezadeira)

Embora os curandeiros enfatizem:

> *Tem vez que nem eu, nem o doutor consegue curar... Ninguém dá jeito.* (dona Raimunda, rezadeira)

A doença de criança é considerada com temor devido a sua capacidade de matar e a sua natureza contagiosa virulenta. As palavras ‘contagiosa’ e ‘infecciosa’ são usadas para qualificá-la. Medidas especiais devem ser tomadas para proteger outras crianças dela. Informantes afirmam que as roupas, a rede e as mamadeiras da criança morta devem ser destruídas. “Você não pode nem mesmo chegar perto”, disse uma mulher, “de onde o bebê morreu”.

> *Nunca pode deixar um menino com menos de 7 anos ir para o enterro de um anjinho que morreu disso... de doença de criança, Deus me livre! Você tem que pegar todas as roupinhas e jogar no caixão junto, viu? Nunca pode dar pra outro menino, não!*

> *Mas o pessoal mais velho tem superstição que a doença de criança fica na cumeeira da casa... Nunca escapa. Se já tiver morrido uma criança com doença de criança, já com dois ou três dias aquela doença que fica dentro daquela casa, já é transformado pra aquela outra criança... Aí a gente mudou de casa... Derrubaram aquela casa, aí fizeram aquela outra.* (sr. José, umbandista)

As famílias relatam que lavam toda a roupa, limpam a casa vigorosamente, enterram ou queimam os pertences da criança morta e removem ou viram as telhas para deixar que o sol entre na casa depois de uma morte por doença de criança. Algumas famílias vão mais longe e se mudam para uma nova casa. As pessoas evitam mencionar a expressão não porque seja vergonhosa ou segredo (Scheper-Hughes 1984, 1985), mas porque é aterrorizante, porque temem que sua mera menção traga sua presença.

> *Ela veio até a porta com o menino nos braços, né? Aí eu perguntei: 'Cadê a meninizinha?' 'Morreu'... Aí você não pode dizer o nome da doença, né? Não pode dizer 'doença de criança' em frente daquele menino sadio, viu? Aí pega o bichim com tanta força que dá medo.* (Palmira, Pacatuba)

A principal preocupação com doença de criança é "escapar": se a criança vai escapar (sobreviver) à doença e se, em caso positivo, vai ficar permanentemente prejudicada por ela. Diz-se que as crianças sobreviventes sofrem de paralisia, convulsões, enfermidade mental ou retardo. Conseguimos entrevistar famílias de crianças sobreviventes para confirmar que a doença de criança de fato causa danos físicos e/ou mentais permanentes. Postulamos que a doença de criança é um rótulo social desenvolvido por um sistema médico popular e aplicado aos estágios finais de doença grave no decorrer de um procedimento diagnóstico envolvendo interações entre mães, sua famílias e vizinhos e a diversidade de curandeiros cujos serviços procuram. As discussões sobre doenças devem necessariamente considerar realidades físicas, especialmente nos países tropicais em desenvolvimento onde a infecção e a morte se encontram em cada esquina e matam (Walsh & Warren, 1979). Uma abordagem puramente positivista da mortalidade infantil é claramente incompleta, mas uma que seja puramente psicossocial também o é. A vida é mais do que existência física; tampouco é meramente uma imagem.

## A Criança Desenganada

De acordo com os dicionários, 'desenganado' significa desencantado, desiludido ou abandonado. A palavra pode ser usada como um verbo, desenganar, significando tirar ou sair do engano, esclarecer, desiludir, não dar esperança de vida a. As mães e os curandeiros de nossa amostra usam a palavra de duas maneiras: para se referir à criança sobre a qual não têm ilusões de que sobreviva e, ao contrário, à situação em que um pai ou mãe está "desencantado" com o que médicos e curandeiros dizem e se recusa a perder as esperanças. Da mesma forma que a "criança difícil de criar" e a doença de criança, os sinais de uma "criança desenganada" incluem indicadores tanto biomédicos como sobrenaturais:

> *Se uma mãe de família chega aqui pra mim rezar, aí eu tô rezando, no meio da minha oração, aí eu erro... você pode ir correndo e comprar a mortalha... o bichim não escapa, não!* (sr. José, umbandista)

> *Que a gente sente aquela visão que a criança não escapa... Quando eu boto a mão na criança e quando eu vou rezar, eu sinto aquele arrepio... Eu sinto a criança cadavérica no meu espírito, num sabe? Afunda a moleira... fica desfigurada, né? Eu sinto aquela tristeza, né? Na criança eu vejo aquela nuvenzinha na frente da criança nessa altura... Eu digo 'Ei, menino, não cria de jeito nenhum!'. O povo católico não acredita nisso meu não, viu? Mas é verdade! A criança fica assim, pálida, esgotada, os olhos desfigurado e botando muita água, água verde... vomitando, né?* (dona Beatrice, rezadeira)

> *Eu sei se ela vai viver. Eu pego nas carnezinha... aí vejo que aquela carne, assim, áspera, aquela carne morta... Fica uma coisa ressecada, aquilo seco, viu? Aquela carne tá soltando, fica assim, uma carne solta. Eu sinto. Os olhim fica azuzim, a pelizinha do olho fica azul, azul, aquilo morto. Aí você pode cortar a mortalha. Só se Deus quiser... mas se Deus num quiser, aquele já era. Não escapa, não!* (dona Corina, rezadeira)

Na maioria das vezes a criança desenganada é simplesmente aquela que chega tão doente que o cuidador acredita que não há esperança. A queixa apresentada inclui sintomas associados, em nossa opinião, com pneumonia ou meningite em combinação com desnutrição e diarréia. Vômitos severos também são freqüentemente tomados como um sinal de que a criança está desenganada. Embora mães e curandeiros falem de "desenganada" como um tipo de desespero, eles continuam a procurar atendimento para crianças assim consideradas.

Mães às quais foi dito ser remota a possibilidade de sua criança se salvar podem procurar uma segunda opinião:

> *Foi, eu disse justamente isso a minha irmã, eu disse mesmo que a menina dela não escapava, não! Aí eu disse: 'Gardênia, nega véia... Agüenta o tombo aí, mas tua menina não vai se criar não'. Aí ela disse 'por quê?'. 'Porque num vai. O jeito que tem é você se conformar, que essa daí é de Deus...'. Mas, quando Deus quer, até a água do pote cura a criança, né? Ela levou para doutor Davi... Ele disse mesmo, assim: 'Trate dela direitim, bem direitim, que ela vai pra frente'. E foi pra frente... É que tamos pra trás mesmo!* (dona Corina, rezadeira).

Alternativamente, uma mãe pode perder a esperança e o curandeiro continua com o tratamento.

> *As mães perde a esperança, né? Eu já vi uma mãe desesperada com a filha né? A filha adoeceu, obrando e vomitando, e ela fez tudo e dava toda qualidade de remédio... e a criança todo tempo levando vela na mão [em preparação para o enterro]. Dava aquela agonia... Aí botava a vela na mão. Aí eu cheguei lá, olhei pra bichinha, só o couro e o osso dentro da rede. Aí ela disse: 'Corina, a minha filha vai morrer eu não sei mais o que faça'. Era um rio [de diarréia] debaixo da rede... E eu disse 'Maria, traz os galhim de trevo... aí rezei... 'Que você tá dando a ela?' 'Tô dando chá de laranja.' 'Não serve pra ela, não... pois você não vai mais dá a ela, viu?'... A bichinha num pegava mais nem o bico... num tinha mais nem sustância. Só tinha o couro e o osso... A boca toda branca, a língua alva, alva, alva. Você contava as costelinhas dela todinha... Fazia pena... A bundinha dela num tinha em que você pegar... toda enrugada, a bichinha. Mulher, era um esqueletuzim!... Ela ia chorar, fazia era miar como gato novo. Mas ela escapou! Ela ficou bem, doutora, bem! Eu escapei ela com gergelim e goma... fazendo aquele leite, e dava aquele mingauzim na colherinha.* (dona Corina, rezadeira)

Baseados em sua longa experiência pessoal no tratamento de crianças gravemente enfermas e cronicamente doentes e em todo treinamento formal e informal que tenham recebido, os curandeiros são capazes de orientar as mães nas decisões sobre tratamento. Como os hospitais, os curandeiros possuem seus equivalentes ao "código azul" para refrear atos de heroísmo por parte dos médicos. Nos hospitais, o controle de medidas médicas heróicas muitas vezes envolve a desativação de sistemas de alta tecnologia de suporte à vida; em localidades pobres e favelas a tecnologia é muito mais simples, mas o processo de tomada de decisão é semelhante. Também como nos hospitais, os cuidadores das crianças podem discutir a decisão do curandeiro e procurar uma segunda opinião ou tratamentos alternativos.

Ao lidar com crianças doentes em fase terminal, os curandeiros esgotam todas as intervenções médicas viáveis à disposição, avaliam clinicamente o caso, e somente então fazem um julgamento informado sobre se e quando interromper o suporte. Quando a morte é inevitável, o papel do curandeiro é confortar a família e orientá-la ao longo do processo de luto. A rezadeira dona Geralda discute esse processo com a enfermeira Diana Nunes.

Diana – Já aconteceu que chegou uma criança desenganada e a senhora não cuidou mais dela porque acha que já está desenganada?

Geralda – Não, nunca deixei de não cuidar.

Diana – Nunca?

Geralda – Nunca. Não, nunca deixei de não cuidar. Sempre eu dou minha ajuda. Às vezes, a criança vem nas últimas, mas eu tenho que rezar para a criança aqui, eu já rezei para uma criança, a vela já estava na mão dela, e ela escapou, é! Escapou, ficou bom com reza... A gente vai, reza, aí ele trata de se levantar... Tem que ter paciência... e dar o remédio também, é.

Diana – A senhora diz à mãe que a criança não vai escapar?

Geralda – Digo.

Diana – Como é que a senhora diz?

Geralda – Aquelas que não têm como escapar eu digo logo. Bom, eu já fiz o que eu pude, já rezei, já dei medicamento, já butei pros médicos... não ficou bom. Agora tenha paciência que aí, quem determina, aí é Deus e Nossa Senhora.

Diana – A senhora manda a mãe levar a criança ao médico porque ela está muito doente?

Geralda – Mando.

Diana – Manda sempre?

Geralda – Mando, porque eu vejo que eu não dou jeito... Eu mando logo levar pro médico. Não vá andar com ele aqui em casa não.

Diana – Pra uma criança desenganada, o que a senhora manda fazer em casa com ela?

Geralda – Eu mando ter cuidado, vá dando sempre o alimentozinho, o chazinho, o chazinho de hortelã, chazinho de folha de laranja, chazinho de erva-doce, chazinho, assim, pra ir alimentando até chegar a horinha dele suspirar o último suspiro. Não torna mais, não. Fica não mais bom... Porque tem o rosto de um velho, sabemos que aquela criança nunca vai se recuperar. Já tem recebido medicamento e o médico não deu mais jeito. Vem pra casa da rezadeira, a gente não dá jeito, né? Com as cura, com tudo, com todo remédio não dá jeito. O jeito é a gente desenganar aquela mãe.

Diana – Mas manda sempre ela alimentar?

Geralda – É, mando sempre ela alimentar, né? Tem que dar o alimentozinho até na última hora.

> Diana – Agora, quando essa criança escapar, isso se deve a Deus?
>
> Geralda – É a Deus e ao médico, é... Eu ajudo ao hospital e os médico me ajuda. Deus e Nossa Senhora ajuda nós... tudo pela criança e aquela mãe!

Apesar da existência da categoria "desenganada", mesmo no caso das crianças mais gravemente doentes os curandeiros mostraram relutância em desistir inteiramente de ter esperança, como ilustra esta conversa entre a enfermeira Diana Nunes e o raizeiro sr. José:

> Diana – Vamos supor que se a mãe tiver mais ou menos condições de cuidar da criança, que foi ao médico, que ele passou remédio... e ela fez tudo do jeito que o médico mandou, e a criança ainda assim não ficou boa. Ela perde a esperança dela escapar?
>
> José – Tem que levar para o espiritismo.
>
> Diana – Certo, ela leva até um espírita, vai pra umbanda, pra macumba, vai pra médico, vai pra tudo no mundo e o menino não escapa. Quando a mãe perdeu outros filhos, ela tem muitos filhos, ela nem gosta dos filhos... ou então teve outras doenças graves, tem uma coisa que faz a mãe perder a esperança?
>
> José – Tem. Quando a mãe perde um filho ou uma filha, né? Agora, se a doença foi muito grave, se for uma doença meia... como se diz... o câncer, tem que se operar.
>
> Diana – E me diga uma coisa: uma criança desenganada, entendeu? Que ela é muito doentinha, tudim, quando ela escapa tem o desenvolvimento normal?
>
> José – Tem não. Que a criança quando escapa é muito doente. Ela não tem, assim, o entender da criança. A cabeça é fraca também.
>
> Diana – É possível fazer alguma coisa para que a criança não fique desenganada?
>
> José – Sim. Primeiro, tem que dar muito remédio, conforto... ir também os doutor pra saber, pra fazer exame, fazer exame de fezes e de urina, esses tipo de exames pra ver o que a criança tem... Porque se a criança melhora, ela não fica mais tão desenganada.

"Desenganada" parece ser uma categoria fluida, e não um simples diagnóstico de estágio final. Aqui o sentido dual do termo é importante: a criança pode estar "desenganada" e pronta para morrer, ou pode estar enganando os médicos e curandeiros com sintomas graves enganosos, o que permite pensar na possibilidade de uma recuperação milagrosa. Mães e curandeiros preferem deixar em aberto a possibilidade de sobrevivência e continuar a cuidar e tratar das crianças até seu último suspiro. Como diz o provérbio, "Enquanto há vida, há esperança".

## A Mãe Descuidada: se importando e zelando

Até aqui descrevemos os esmagadores problemas enfrentados pela mãe pobre do nordeste brasileiro para cuidar de seus filhos, a coragem com que enfrenta e luta contra essas barreiras, o contexto comunitário de apoio à sua luta, o modo como esta é vista na religiosidade popular, assim como o sistema popular de classificação médica de enfermidades infantis graves e a reação a tais enfermidades. Agora nos voltamos para outro aspecto – as variações na qualidade da atenção dada aos filhos pelas diferentes mães. Em toda sociedade existe uma diversidade de comportamentos relacionados a qualquer ponto determinado; embora a maioria dos pais e mães possa tentar cuidar do melhor jeito possível de seus filhos na maior parte do tempo, há pessoas que não o conseguem tantas vezes ou que não tentam cuidar de seus filhos tanto quanto outras. Além disso, como vimos, os padrões de cuidado variam tanto entre as culturas como no interior de uma mesma cultura. Não temos a intenção de elaborar uma imagem elevada e romântica da maternidade. Embora não se possa dizer que toda mãe ou a maioria das mães tenham ligações frágeis com seus filhos e bebês ou mesmo não se vinculem a eles, também não se pode dizer que todas as mães sejam heroínas extraordinárias. Existem mães egoístas e não egoístas e, como as mães de todos os lugares, as mães brasileiras pobres podem, e o fazem, expressar ambivalência a respeito de seus filhos e tratá-los descuidadamente.

Além de suas declarações a respeito das dificuldades da vida das mães, os curandeiros falam sobre e criticam a "mãe descuidada", a mãe "que não liga" (não se conecta, não presta atenção) para a criança. Suas queixas são dirigidas a três áreas gerais de comportamento materno: mães que podem ser descuidadas com a higiene, que não amamentam os filhos ou que podem não levar os filhos ao médico para tratamento em tempo hábil. Essas críticas são moderadas por empatia com a condição da mãe pobre. Na área da higiene, por exemplo, os curandeiros enfatizam tanto sua importância fundamental como as dificuldades de manutenção de uma boa higiene em condições de pobreza.

> *Quando as mães num tem muito cuidado, quando elas não escaldam as coisas da criança... Por pobre que seja, a mãe deve ter o depozozim pra guardar aquelas coisinhas cobertas quando terminar de fazer aquele mingau... escaldar aquelas coisinhas, esse resto de comida que fica na mamadeira, que num lavando bem lavado, isso daí dá diarréia, traz muita doença nas crianças.* (dona Corina, rezadeira)

*Quando ela tá crescendo grossa, aí chove de criancinha... A lua vem com muita força e dá muita febre, dá muita diarréia e dá muita gripe na criança... Se andar na terra quente é perigoso, se também deixar a criança sentada ou andando em lugar molhado, uma criancinha pequena nua, descalço, é muito perigoso adoecer, pegar frieira, pegar verme, pegar microbe da poeira ou da lama ou dum chão sujo, né? Para uma pessoa pobre é difícil, mesmo para uma mãe zelosa, se ela for pobre é difícil... É perigoso porque a criança pega a comida com as mãos no prato, aí cai no chão. A criança não tem juízo, ela apanha do chão... Também vem areia, vem microbe perigoso... Criança no chão é perigoso... Quando começa comer comida de panela, se a mãe não tiver cuidado, é fácil de adoecer demais, porque a criança não pode comer comida gordurosa... é muito pesada. Só se for um arrozinho água no sal, uma carne magra pouquim... uma colherada de feijão... Se a criança bebe caldo de feijão pesado, carne velha, gordura da carne... pode aprontar que a diarréia é um estouro.* (dona Beatrice, rezadeira)

Dadas as condições sob as quais vivem as mães pobres, não é nem necessário nem suficiente postular a negligência como uma causa da alta mortalidade infantil. Desnutrição, más condições de saneamento e habitações imundas cobram seu preço. Embora Scheper-Hughes tenha ficado “entediada” com a “concretude” das repetidas declarações de seus informantes de que as crianças precisam de “comida boa, nutrição apropriada, leite e vitaminas” para sobreviver (1985: 301), a afirmativa, entediante ou não, é verdadeira. De fato, são a desnutrição e a higiene precária que levam às infecções que roubam a vida da maioria das crianças brasileiras pobres. Embora com freqüência as mães não afirmem explicitamente que seus filhos morreram de desnutrição (veja, contudo, nossa discussão sobre “fraqueza” acima), citam corretamente as doenças infecciosas, que são as causas imediatas de morte de crianças em particular, ao mesmo tempo que reconhecem o “definhamento” das crianças famintas e cronicamente doentes.

Os curandeiros são explícitos em relação ao fato de que a falta de cuidado com a higiene e a falta de alimentação adequada das crianças não representam falha pessoal das mães, mas sim uma conseqüência das difíceis condições de vida na pobreza severa. Mesmo as crianças mais bem cuidadas, enfatizam, podem adoecer.

*Tem vez que aquela mãe quer ter aquela responsabilidade pelo alimento praquela criança... mas tem vez que num pode... Porque comida de pobre é um feijãozim, um arrozim, né? E é quando a gente pode... Quem pode ter a responsabilidade é as pessoa que tinham mais... Os pobre num tem culpa também. Não é culpa deles, né?* (dona Binha, rezadeira)

> *Tem criança que eu vou lhe dizer, se você vê ela é uma bonequinha bem tratada, alimento dos melhores que tem... E essa menina só vive aqui pra mim rezar com diarréia. Tudo quanto é bom essa menina come. Mas é difícil ter uma semana que ela num esteja aqui pra mim rezar.* (dona Corina, rezadeira)

> *Não, nunca ouvi falar numa maneira de evitar que a criança tivesse doença de criança, não.* (dona Luciene, rezadeira)

É importante observar a diferença entre cuidar emocionalmente de uma criança e suprir suas necessidades físicas. Embora seja verdade que muitas mães, devido ao esgotamento, a demandas econômicas, às suas próprias doenças e a qualquer falha pessoal no cuidado ou na atenção, não consigam despender o esforço necessário para manter seus filhos suficientemente limpos, essa falha não indica falta de amor ou um laço tênue com as crianças e os bebês. Os curandeiros enfatizam que, mesmo quando uma mãe expressa desprezo por um filho, isso se deve mais a "estouro" do que a uma hostilidade geral, e não indica falta de preocupação.

> *Não! Eu acho que num tem essa mãe que deixe o filho morrer à míngua, não!... deixa nada![9] Quem tem raiva tem que ter um amorzinho, né? Eu tenho uma sobrinha que ela é muito áspera pra filho, né? Ela não é casada, não. Ela pegou os filhos... Nem sabe, num quer criar. Ela pega o fio e dá de mamar. É uma mãe bonita... ela num tem vergonha... bem novinha, ela dá de mamar... Mas ela diz assim: 'Esse diabo, tia, leva esse menino véi pra tu, num quero isso não'. Aí eu fui para levar e ela disse: 'Não, titia, num dou meu filho, não!'.* (dona Corina, rezadeira)

> *Todas as mães e todos os pais gostam dos filhos... Por aqui, eu conheço muitas que não gostam, não... Porque uma mãe de família que diz não gosta dos seus filhos, mas quando vê eles doente, ela quase perde a cabeça... elas passam a gostar, né?* (sr. José, umbandista)

Como no caso do fatalismo, o estado emocional declarado e o sentido não são necessariamente idênticos. As mães podem, frustradas, dizer que não gostam de um filho em particular ou que não gostam de crianças em geral. Essa declaração não necessariamente se traduz em um comportamento hostil aberto ou disfarçado em relação aos filhos, não mais do que declarações fatalistas indiquem um comportamento fatalista. Nem esses tipos de comentários frustrados estão restritos a mães pobres; mães de todos os níveis socioeconômicos acham a maternidade frustrante, exasperadora e difícil, às vezes. A ambivalência é uma emoção humana comum em todos os níveis da sociedade; se importar e cuidar podem estar relacionados, mas não são a mesma coisa.

A "mãe descuidada" também não consegue amamentar, segundo os curandeiros que se queixam amargamente dessa falta.

> *Tem muitas mãe que dá de mamar... mas tem muitas mãe que num quer. Diz que num tem leite, o leite é salgado, o menino num quer não, num sei o quê. Mentira! Respeite a chibatada... Que esse leite materno é o leite de verdade... se cria uma criança sadia. É muito difícil cair doente com ele... Essas meninas só quer os peito durim, como moça! Querem tá com os peitim bem levantadim.* (dona Binha, rezadeira)

A falta de amamentação é importante na mortalidade infantil por diversas razões. Além de ser nutricionalmente ideal para os bebês, o leite materno contém anticorpos e é uma fonte limpa de nutrição, o que o torna particularmente importante onde a água usada para misturar com pó não é limpa e as mamadeiras usadas para alimentar os bebês são sujas (Guerrant *et al*., 1983; Mata, 1975; Goldman *et al*., 1982; McClelland; McGrath e Sarnpson, 1978; Lares *et al.*, 1996). O leite materno também é um suprimento constante, não diluído e gratuito.

O recente declínio na amamentação não se restringe ao nordeste do Brasil; é um fenômeno mundial (WHO, 1981; Kent, 1981; Unicef, 1985; Lares *et al.*, 1996) que afeta tanto os países desenvolvidos como aqueles em desenvolvimento. Nos EUA, o declínio na introdução e na duração da amamentação se iniciou na década de 1920 e só começou a ser a revertido na década de 1970, quando estava aparecendo no Terceiro Mundo. Nos EUA a tendência está relacionada ao distanciamento do estilo de vida agrário tradicional; no Terceiro Mundo está intimamente ligada à classe econômica e à renda *per capita* (Lares *et al.*, 1996). Foram apresentadas diversas razões para o declínio, incluindo a agressiva propaganda de leite em pó para bebês (Jelliffe, 1971), as pressões da economia de mercado sobre as mulheres (IPPF, 1977; Richardson 1975), a introdução de novas considerações estéticas e a sexualização da amamentação, com as mães pobres procurando imitar mulheres de classes mais elevadas (Nations, 1982), e as reações psicológicas de mães às condições de pobreza (Scheper-Hughes, 1984). Não está claro qual desses fatores é o mais importante em tal declínio; é, contudo, claro que tanto a introdução como a duração da amamentação são menores naqueles grupos mais inseridos na sociedade industrial.

No mundo todo, a razão mais comumente informada pelas mães para não amamentarem é o fato de não terem leite suficiente (Gussler & Briesmeister, 1980). A síndrome do leite insuficiente foi explicada com base em modelos biológicos, culturais e psicológicos. Também foi demonstrado que a desnutrição

tem efeito sobre a produção de leite, embora esse achado seja controverso (Gussler & Briesmeister, 1980). Outros teóricos afirmaram que o estresse de viver na "cultura da pobreza" pode secar o leite da mãe como parte de um processo biopsicológico (Jelliffe & Jelliffe, 1978; Newton & Newton, 1967). Scheper-Hughes (1984) atribui a síndrome do leite insuficiente ao efeito da orientação médica, que inclui amamentações agendadas combinadas com uma deterioração da auto-imagem da mãe. Mães pobres, afirma ela, perdem sua capacidade de nutrir e, em seu estado debilitado, temem que as demandas vorazes de seus filhos por leite as devorem. Outros teóricos da "explicação cultural" adotaram uma abordagem menos psicológica do problema, postulando que a orientação médica leva as mulheres a acreditar que não terão leite suficiente (Greiner, Van Esterik & Latham 1981) e que ter leite insuficiente pode ser visto como um sinal de modernidade (Van Esterik & Latham, 1981). Gussler e Breismeister (1980) culpam a orientação médica, mostrando como esquemas rígidos de amamentação podem levar à diminuição do volume do leite e à conseqüente intensificação do choro dos bebês. Isso leva as mães a acreditarem que seu leite é insuficiente.

Todas essas razões e outras ainda não propostas podem estar ligadas ao declínio mundial na amamentação; o fenômeno é de tal envergadura que nenhuma explicação isolada nem nenhuma referência a um único país ou cultura podem explicá-lo. De qualquer maneira, embora seja uma importante contribuição do comportamento materno para a morte em crianças desnutridas, a falta de amamentação está mais correlacionada com a proximidade entre a moradia e as cidades e com o recurso ao atendimento médico ocidental do que com a pobreza *per se* e, assim, não constitui evidência de que as mães brasileiras pobres em particular sejam emocionalmente distantes dos bebês.

A terceira queixa que os curandeiros têm da "mãe descuidada" é sua falha em não levar imediatamente os filhos ao médico para tratamento, especialmente dada a velocidade com que a doença de criança pode matar.

> *Tem muita mãe descuidosa... mas por aí, pelo mundo afora. Porque quando uma criança toma um susto, logo tem mãe ativa... ela diz 'Bem, meu fi tomou um susto, vou até a casa da dona Binha para rezar'. Mas tem a mãe que chega aqui ela, já tem três ou quatro dias... Porque tem mãe que tem atividades... Tem muita mãe que tem aquele cuidado, aquela delicadeza, né? Tem muita mãe que tem responsabilidade por um filho... Mas tem muita que num tem... Eu vou dizer isso, doutora, que eu não sei ler. Sou uma pobre analfabeta... Num olha não... como é que eu chamo?... minha casebre véia. A senhora podia tirar que sou uma mãe descuidosa... Olhando o que a mãe possui na vida... nem possui nada.* (dona Binha, rezadeira)

Existem muitas razões para essa falta de procura de atendimento médico imediato. Às vezes a doença ataca tão rapidamente que não há tempo para agir. Outras vezes, as mães tentam uma série de tratamentos em casa antes de consultar curandeiros ou médicos. E também as mães podem, como nos contou dona Corina, "não ter um jeito" de levar a criança para um profissional nos estágios iniciais da doença; podem estar longe de recursos médicos, podem trabalhar fora de casa, podem estar "de resguardo" ou podem ter outros filhos que não possam deixar. Além disso, podem ter medo ou não acreditar em certos tipos de profissionais e, assim, não consultá-los. Da mesma forma que outras características da "mãe descuidada", não levar uma criança para tratamento médico imediato não indica falta de amor ou de vínculo com aquele filho. Nem deixar a criança sem atendimento em casa ou atendida por outros parentes ou crianças; essa prática deve-se à falta de dinheiro para pagar babás enquanto as mães estão trabalhando, não a uma falta de preocupação com o filho.

## Conclusões: imagem de quem?

As descrições existentes de interação materna com filhos doentes são inadequadas, insuficientes para dar conta dos fortes laços emocionais entre mãe e filho, dos esforços das famílias para conseguir atendimento, do contexto religioso e social do tratamento da criança e das reações de luto, além do papel dos curandeiros tradicionais nas decisões de tratamento. Se, de fato, as mães negligenciam seus filhos, perguntamos: por que 894 de mil bebês sobrevivem na fome, na pobreza dominada pela doença tropical do Brasil? Eisenbruch chamou a idéia de que a vida da criança é desvalorizada onde a mortalidade infantil for alta de "uma distorção tendenciosa de uma realidade humana complexa" (1984a: 293). Nós concordamos.

As mães de nossa amostra reagem às mortes infantis com um estoicismo superficial que oculta um sofrimento profundo, confortadas por um elaborado conjunto de crenças religiosas, etnomédicas e populares. Com freqüência viajam longas distâncias para tentar salvar a vida de seus bebês, contra enormes obstáculos e dificuldades. Possuem fortes vínculos emocionais com seus filhos e querem desesperadamente mantê-los vivos. Seu comportamento não é nem isolado nem autônomo, mas ocorre em um contexto direcionador e apoiador e é orientado pelo conhecimento de especialistas da medicina popular. O termo "negligência" é injusto, dada a culpabilização que implica.

Cassidy (1980: 128) afirma que a expressão "negligência benigna" pode ser usada de maneira não culpabilizante se o conceito de negligência molecular

for entendido. Nós discordamos. A força do termo "negligência" combina com o preconceito e neutraliza a influência modificadora de expressões como "molecular", "benigna" ou "seletiva". Os sinônimos de negligência incluem "indiferença", "despreocupação", "fracasso" e "desleixo"; sua definição é "falhar em fazer ou realizar por descuido... falta constante de atenção" (Britannica World Language Dictionary, verbete "neglect"). As mães de nossa amostra não são indiferentes nem mostram uma falta constante de atenção ou cuidado com seus filhos. Embora seja verdade que algumas descuidam da higiene, o termo "negligência" é forte demais para qualificar seu comportamento. Devido à força da expressão, apesar da intenção dos cientistas sociais que cunham os conceitos, as teorias da "negligência seletiva" e "benigna" são usadas por médicos e profissionais da saúde no Brasil para afirmar que as próprias mães não valorizam seus filhos e, portanto, questionar: "Por que nós deveríamos fazê-lo?". Embora Scheper-Hughes afirme que a negligência "não seja reconhecida em termos gerais por aqueles fora da cultura das favelas, mesmo por profissionais como clínicos" (1985: 295), em nossa amostra apenas indivíduos da classe mais alta como médicos, enfermeiros e autoridades governamentais falaram em negligência que leva à morte e usaram a idéia para justificar sua própria negligência, trágica para a população pobre. As pessoas pobres não usam esse termo pejorativo para descrever seu próprio comportamento, nem deveriam. Quando Scheper-Hughes (1985) cita o prefeito de Ladeiras propondo um caixão gratuito para cada eleitor para lidar com o problema da alta mortalidade infantil, isso é evidência não da falta de preocupação da mãe pobre com seus filhos, mas do desrespeito dos poderosos para com a vida dos que não têm poder.

No caso da doença de criança, não é que as crianças menos ativas sejam menos valorizadas e mais negligenciadas; ao contrário, essas crianças estão seriamente doentes e o sistema médico popular, com sua experiência acumulada, permite perceber quais crianças estão além de seu poder de salvar. Um dos papéis do curandeiro é ajudar as mães a aceitarem sua impotência em relação às decisões que sentenciam o fim a vida, não devido a um etos que desvaloriza a criança, mas porque o caso é, de fato, sem solução. A situação não pode ser completamente entendida se as mães forem entrevistadas isoladamente dos curandeiros e se as interpretações forem feitas sem referência à etnomedicina e à religiosidade popular. As reações psicológicas à morte não podem ser compreendidas sem referência a entendimentos das crenças culturais sobre o que é a morte; o tratamento das doenças não pode ser compreendido sem referência ao entendimento etnomédico; as doenças em si não podem ser compreendidas sem pelo menos alguma referência aos fatores biomédicos.

Também postulamos que o afeto descomovido das mães, a simplicidade material dos funerais infantis, o fato de as mães não amamentarem, a falta do pranto público na morte das crianças e a demora em batizar os filhos não constituem evidências de negligência seletiva disseminada. Em nossa amostra, foi dito que 20% das crianças morreram de doença de criança. Se, de fato, tal expressão se refere à negligência, então a prática deve ser disseminada, na verdade, para responder por 20% de todas as mortes de crianças em que não é necessário considerá-la como explicação para a morbidade e a mortalidade. Não negamos ser possível que o desespero leve algumas mães a desistir de lutar, que algumas mães fiquem paralisadas pelo peso do luto, que a perda faça com que as mães temam amar, que as mães sejam relaxadas com a higiene e que não consigam levar os filhos ao médico prontamente. Nem mesmo negamos que possa existir um tipo de "gestação de 12 meses" na qual os recém-nascidos sejam considerados mais como fetos do que como crianças. Negamos, sim, que haja uma atitude geral de indiferença em relação à mortalidade infantil entre os que mais a sofrem, que a falta de vínculo materno possa ser vista como "patógeno" ou seja um importante fator para a morte de bebês e crianças, ou que o luto seja doentio ou desviante nas comunidades brasileiras pobres. Negamos ainda que as mães atuem como agentes autônomos nas decisões relacionadas aos cuidados com os filhos.

O que descobrimos em Pacatuba, Guaiúba e Gonçalves Dias não é tanto indiferença quanto luto crônico. O debate aqui é similar àquele sobre a Imagem do Bem Limitado; a pergunta é se tal comportamento é desencadeado por uma avaliação precisa das realidades ou por uma imagem do mundo culturalmente resultante. Acreditamos que o comportamento materno no nordeste brasileiro seja desencadeado pelo menos tanto por uma quanto por outra e que, de fato, imagens culturalmente construídas sejam formadas em reação a avaliações da realidade. Qualquer negligência que ocorra não é causada pelas mães; elas são as próprias vítimas, negligenciadas pelos sistemas médicos e sociais, estes sim negligentes ou descuidados. Apesar das boas intenções dos teóricos, a negligência benigna ou seletiva é mais uma imagem do que uma realidade. O verdadeiro quadro do nordeste brasileiro é uma vergonha gritante de enorme magnitude. As famílias cuidam profundamente de seus filhos e se preocupam com sua sobrevivência. Confortarmos-nos com a idéia de que as mães que vemos sofrendo não sentem ou sofrem como nós é desviar nosso olhar. Em vez de culpar as mães por suas perdas trágicas, devemos voltar nossos esforços para ajudá-las a realizarem seu ardente desejo de manter seus "anjinhos" vivos aqui na terra com elas.

## NOTAS

1 Originalmente publicado como "Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Brazil and the image of selective neglect" em *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 12: 141-200, 1988.

2 Embora usemos os termos "mãe" e "materno" para sermos congruentes com a literatura existente, desejamos ressaltar que uma terminologia mais precisa incluiria palavras como "parental" ou "familiar" ou, talvez, algum termo ainda por ser inventado para denotar a diversidade de cuidadores de crianças como adultos e crianças mais velhas de ambos os sexos, parentes sanguíneos, parentes por afinidade e vizinhos que estão envolvidos no cuidado de crianças.

3 O nome das mães e das crianças, mas não dos curandeiros ou comunidades, são pseudônimos.

4 Escolhemos levar em consideração as semelhanças e as diferenças entre nossos dados e interpretação e aqueles da nossa colega e professora Nancy Scheper-Hughes mais detalhadamente do que os de outros teóricos porque sua descrição da alta mortalidade infantil e seu contexto social no nordeste brasileiro é a mais completa até agora. A pesquisa para seus artigos de 1984 e 1985 foi realizada perto de Recife, localizada a 12 horas de ônibus de Fortaleza; uma região similar, se não quase idêntica, à de nosso estudo.

5 Resguardo é o período de quarenta dias de descanso após o parto exigido pelos costumes brasileiros. De origem bíblica (Levítico 12:1-5), acredita-se que esse período "esfrie" o corpo da mãe depois do "calor" do parto. Tradicionalmente, parentes mulheres assumem as tarefas diárias da puérpera e curandeiros massageiam seus seios com óleos, usando galactógenos poderosos de plantas como óleo de rícino para estimular a produção do leite. As mães ingerem bebidas de alto conteúdo calórico feitas de caldo da cana-de-açúcar e sopas ricas em proteínas feitas com frangos abatidos diariamente pelo pai do recém-nascido. Durante o resguardo, a mulher é protegida de qualquer emoção forte ou trabalho pesado e supõe-se que permaneça confinada em casa. Acredita-se que "quebrar" o resguardo cause sérias doenças à mulher que deu à luz há pouco tempo. Embora forças socioeconômicas recentes tenham começado a reduzir a prática do resguardo, especialmente nas favelas, esta continua forte entre as classes mais desfavorecidas e nas áreas rurais.

6 Entendemos "à míngua" diferentemente de Scheper-Hughes, que afirma que a expressão significa "ser deixado definhar sem cuidado suficiente" (1984: 541), "acompanhado de indiferença e negligência materna" (1985: 295) e "sozinho e sem atendimento" (1985: 306). De acordo com o dicionário, "à míngua" significa "carência de" sem a conotação de ação ou abandono proposital das traduções de Scheper-Hughes. Nossos informantes descreveram a morte à míngua como uma morte gradual, sem atenção médica suficiente. Uma informante declarou: "É a mesma coisa que água pingando de uma garrafa, pouco a pouco, até que termina". Outra disse: "Morrer à míngua significa morrer como um pobre, sem um médico em volta". Um pai pobre nos disse: "Os pobres não conseguem médico, então morrem à míngua na rede. Se fossem ricos, morreriam em uma cama! Mas isso não significa que não tem ninguém em torno nem que ninguém se importa com o nenê. Significa apenas que não tem médico lá, porque eles são pobres".

7 Scheper-Hughes não relata a crença nas "asas molhadas" em Ladeiras, perto de Recife, Pernambuco. É perfeitamente possível, obviamente, que haja variações regionais com respeito à crença. Por outro lado, imaginamos que se as mulheres entrevistadas souberem que o

antropólogo "compreende" o significado de "conformação", essa informação pode ser prontamente fornecida de forma voluntária.

8 A maioria dos informantes questionados não fez nenhuma associação com a expressão "anjo da morte", afirmando que nunca a tinha ouvido ou que não tinha sentido algum. Um informante perguntou "Não era do que chamavam aquele criminoso de guerra nazista, Mengele [referido como 'anjo da morte' por sobreviventes do holocausto], no rádio?" Outro declarou: "Parece com um filme, alguns homens de motocicleta nos Estados Unidos". Todos os informantes conseguiram, entretanto, descrever os anjinhos: "Um nenezinho maravilhoso", disse um; "Um nenezinho com asas, eu vi nos cartões de Natal com Papai Noel", disse outro.

N.E. "Susto", na Bolívia, designa doença que se manifesta "principalmente em crianças maiores de 1 ano e é relacionada com causas sobrenaturais, tais como *mancharisqa* (susto que causa a separação da alma do corpo na criança); *ayasqa* (doença produzida pela presença de animais mortos), e *pachamama* ou "Mãe Terra" (que leva a alma da criança se ela dormir em lugares estranhos, se for deixada sozinha sem proteção ou chorar fora de seu ambiente ). Os sinais e sintomas mais observados são a temperatura alta e a aparição da tosse. Em algumas oportunidades, as doenças respiratórias se manifestam com diarréia" (CHARALY, M. D. Resultado de estudos etnográficos em relação ao controle das IRA na Bolívia, p. 386. Organização Pan-Americana da Saúde, disponível em: www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/CD/aiepi-1-19.pdf).

9 Um informante nos sugeriu que se existe qualquer negligência no Brasil, esta não ocorre na classe mais baixa, mas sim entre as mulheres da classe mais alta. A maioria das mulheres de classe mais alta emprega uma babá para cuidar de seus bebês e filhos maiores. É a babá que se encarrega do cuidado diário da criança e, freqüentemente, as mães de classe mais alta têm menos interação diária com seus filhos do que as mães da classe mais baixa supostamente negligentes.

# 2

# Metodologia

## Carne, Sangue, Almas e Lares: validade cultural em inquérito de mortalidade[1]

**Marilyn Nations e Mara Lucia Amaral**

> *Nosso filhinho... foi os urubu que apareceu, rasgou sua carne todinho, encheu sua bochecha... que comeram tudinho, meu Deus do Céu! Aí, arrastou os osso do bichim pra o mato... espalhou pra tudo que foi canto! Foi os urubu véi que comeu nosso fio... Não foi nosso doce Jesus e sua banda de anjinhos que carregaram ele, como a gente imaginou!*

Assim seu Chico contou, mais uma vez, o recente funeral de seu filho. Falar dessa morte como uma "fatalidade" ou, pior ainda, deixar de registrá-la oficialmente restringe a visão dos epidemiologistas que avaliam o retrato estatístico da mortalidade infantil no nordeste do Brasil. Infelizmente, especialistas internacionais em saúde freqüentemente falam nesses termos. Ao reduzir a humanidade do outro dessa maneira, como advertem Kleinman e Kleinman (1989), reduzimos nossa própria humanidade também. Por meio de experiências como a de Chico, podemos ampliar nossa compreensão da morte precoce conforme é vivida no nordeste brasileiro, onde a mortalidade infantil está entre as mais altas do mundo (Victora & Barros, 1988).

Há cerca de cinco anos, eu[2] compareci a uma conferência sobre mortalidade infantil realizada em Bellagio, Itália (Halstead, Walsh & Warren, 1985). Durante os cinco dias do encontro, especialistas do mundo todo debateram aspectos associados à baixa e alta mortalidade infantil em países como China, Índia (estado de Kerala), Sri Lanka e Costa Rica. Discutimos a influência da renda *per capita*, da educação e da alfabetização feminina, do suprimento de água e saneamento, da nutrição, do suprimento de alimentos e semelhantes

sobre as tendências de mortalidade nesses países. Fiquei impressionada pelo quanto da discussão teórica e da comparação entre países estava baseado em dados de mortalidade de registros vitais oficiais. As experiências etnográficas de campo com Chico e outros pais enlutados no nordeste do Brasil levaram-me a questionar a validade cultural e a solidez contextual dessas estatísticas de mortalidade, que rotineiramente excluíam as mortes ocorridas em lares de pequenas localidades (Nations, 1985).

Ao voltar a Fortaleza, resolvi me dedicar à face humana da morte infantil. Destrinchar a carne, o sangue e as almas – compreendê-la, vivê-la nos lares de pais pobres que sofrem suas trágicas conseqüências. A taxa de mortalidade infantil (TMI) oficial no nordeste brasileiro representa apenas um significado da morte; o outro é o significado popular ou culturalmente construído e os rituais correspondentes. A perspectiva humana da antropologia, eu estava mais convencida do que nunca, tinha uma importante contribuição a dar para a saúde internacional: a aplicação do significado cultural e da experiência de morte para a coleta de TMIs mais acuradas. Dados culturais em nível local de alta qualidade podem servir para elaborar um instrumento adequado para mensurar a morte de forma acurada e para corrigir dados populacionais. O ponto de partida dessa empreitada, como sugerido por Kleinman e Kleinman (1989), é o foco em uma etnografia da experiência, uma visão fenomenológica que vai ao âmago do sofrimento humano que emana das experiências diárias de vida (e morte).

## Métodos e Cenário

Assim, iniciamos um estudo etnográfico, realizado entre 1986 e 1990, sobre pais pobres de crianças mortas e moribundas que viviam nas comunidades rurais de Pacatuba (7.000 habitantes), Guaiúba (8.827 habitantes) e Pecém (7.103 habitantes), todas localizadas a cerca de uma hora de Fortaleza (2 milhões de habitantes), a florescente capital do estado do Ceará, no nordeste brasileiro. Foram realizadas 118 entrevistas em português por falantes nativos da língua e a autora principal, que fala inglês, mas é fluente em português. Cada entrevista durou entre uma e três horas; foram gravadas em áudio, transcritas, codificadas e analisadas em relação ao seu conteúdo. Os dados da entrevista foram complementados e validados por meio de observação participante direta, pelas pesquisadoras, de cerimônias de cura, velórios de crianças, funerais, procissões e enterros, entre outros eventos.

Pacatuba, representativa das três pequenas comunidades rurais incluídas no estudo, havia se transformado social e economicamente durante as últimas

três décadas. Antes da virada do século, era abundante em vida selvagem e era o lar de vários dos 22 grupos indígenas identificados no estado (Cordeiro, 1989). No final da década de 1960 e início da década de 1970, um crescimento sem precedentes desencadeou um processo de modernização socioeconômica rápida e generalizada na comunidade (Moreira, Silva & McLaughlin, 1978), com grandes avanços da economia informal. O acesso desigual aos recursos por parte dos moradores de Pacatuba resultou em notáveis diferenças intracomunidade em termos de condições e estilos de vida. Atualmente é uma comunidade estratificada, com três bairros distintos. Os mais ricos vivem no centro da cidade e trabalham como comerciantes, funcionários públicos e professores. Desfrutam do conforto da eletricidade, de automóveis, televisores, fogões e refrigeradores. Os trabalhadores migrantes assalariados vivem em um bairro intermediário cada vez mais moderno, de casas de adobe e reboco superlotadas, e podem pagar por alguns confortos que desejam. Os habitantes mais pobres de Pacatuba, lavradores e meeiros, vivem em uma área isolada em casas de taipa sem reboco ou pintura e sem condições estruturais como assoalho, fogão, pia e fossa séptica. As entrevistas também foram realizadas na comunidade de reassentamento do Conjunto Palmeiras (16.500 habitantes), localizada na periferia de Fortaleza.

O relato etnográfico resultante expõe os significados culturais da morte infantil para as famílias dessas comunidades: seu sofrimento e a resposta da comunidade à perda de seus bebês, inclusive os rituais de enterro costumeiros. Com base nessas ricas descrições culturais, fica claro que a morte precoce também é familiar demais para os moradores dos vilarejos e com freqüência não é vista por autoridades do governo, pois a burocracia está isolada dessas experiências e rituais de morte. Portanto, começamos a descrever esses rituais como forma de demonstrar que as estatísticas de mortalidade geradas com base em sistemas de registro vital no nordeste brasileiro são falsas, apresentam uma imagem tendenciosa da realidade e subestimam a verdadeira magnitude da morte de bebês e crianças pequenas. Em seguida analisamos como as autoridades governamentais recebem e registram as informações sobre morte e sugerimos que o conhecimento das crenças e práticas locais sobre morte infantil pode ser prontamente usado para aperfeiçoar a estatística de mortalidade e reduzir o sub-registro de mortes. Finalmente, discutimos a política de quantificar ou não as mortes infantis mediante o exame de diversos fatores econômicos, políticos e socioculturais que influenciam essa decisão em três casos por nós observados.

A morte se torna trágica somente quando permitimos que seu significado morra (Cousins, 1983). A perda só se torna suportável na medida em que o

significado e o valor simbólico sejam extraídos da experiência, não só pelos pais, mas também pelas autoridades governamentais. Os pais precisam responder à interminável pergunta do por quê, enquanto as autoridades precisam transformar a perda em conhecimento (isto é, dados de mortalidade acurados), para evitar que a dor se repita. O trabalhador da atenção primária à saúde serve como o ponto central entre esses dois níveis de significado – a morte burocrática, oficial, e a perda pessoal, familiar – e deve aprender a coordená-las de modo que as estatísticas sejam culturalmente válidas, mais acuradas e, portanto, mais humanas.

## Coletando Estatísticas Significativas de Mortalidade

Poucos discordam que a TMI seja um indicador útil no diagnóstico da saúde de um país ou de uma comunidade. A TMI não só reflete efetivamente a presença de serviços médicos, como também é um índice geral de desenvolvimento socioeconômico e, como tal, uma medida importante para que elaboradores de políticas formulem estratégias globais de saúde, aloquem recursos, avaliem o sucesso de programas etc. Essa ferramenta faz com que a morte exerça certo impacto nos órgãos oficiais, talvez maior do que poderia ocorrer com os dados sobre uma criança em vida. Devido à importância da TMI para a saúde pública, especialistas em população desenvolveram diversos métodos de inquérito de probabilidade de população para estimar as taxas de mortalidade (por exemplo, Brass, 1975; Brass & Coale, 1968; Courbage & Fargues, 1979; Feeney, 1980; Hill & Trussell, 1977; Palloni, 1979; Preston & Palloni, 1978). Mesmo assim, a acurácia dos dados de mortalidade permanece como razão de controvérsia e ceticismo em muitas partes do mundo em desenvolvimento, inclusive o Brasil. Apenas 35% da população mundial contam com estatísticas nacionais de mortalidade confiáveis, como as de 1970 (WHO, 1970), pois

> uma porção significativa de (...) mortes (...) em muitos países em desenvolvimento nunca é (...) registrada... [Nesses mesmos países] o Sistema de Registro Vital é, com poucas exceções, uma fonte não confiável e insuficiente para o estudo da mortalidade. (Escudero, 1980: 422)

O assunto talvez seja mais bem captado nas palavras simples da agente funerária popular de Fortaleza, dona Francisca: "Quando a criança estava viva nem tinha condições para sobreviver e, agora, quando morre, aí o bicho pega!". O acesso dos pais pobres aos sistemas oficiais de registro vital é precário; como conseqüência, as mortes são sub-registradas e a TMI é falha. Em vez de sondar o âmago do problema, usualmente os estudos sobre a TMI resolvem o

problema da insensibilidade do sistema formal em relação às pessoas pobres e suas experiências acrescentando a familiar declaração: "Devido às mortes infantis precoces não registradas, especialmente em zonas rurais, essas taxas podem sub-representar a real mortalidade infantil nessa região", ou algo parecido. No Brasil, por exemplo, a seguinte declaração apareceu em um estudo sobre mortalidade:

> Tendo em vista a tendência internacionalmente comprovada de mortes sub-registradas (e de nascimentos também), em inquéritos domiciliares, a análise de estatísticas vitais na maioria das regiões do Brasil deixa claro que, tanto para nascimentos como para mortes, os resultados fornecidos pelo Registro Vital são muito precários. (IBGE, 1986: 29)

Ao publicar tais declarações em relatório após relatório, os epidemiologistas e outros especialistas em população muitas vezes deixaram de considerar as causas estruturais subjacentes ao sub-relato ou de usar a coleta de dados e sistemas de processamento alternativos para superar essas falhas estruturais. Sugerimos que a dicotomia entre os significados atribuídos à morte, o oficial e o popular, resultou na lacuna entre a estatística e a realidade. Nosso estudo, portanto, tentou considerar tanto a compreensão oficial da morte como a popular.

Apesar de não ser encontrada em registros oficiais de morte, nada é mais marcante para as famílias brasileiras pobres do que a morte de uma criança. Esse evento nunca passa despercebido: a cultura popular, por meio de suas ricas tradições, curandeiros e costumes, "registra" a perda dos inocentes à sua maneira. No nordeste brasileiro, grande número de tradições envolvendo a morte se desenvolveu para atender os mortos e confortar os sobreviventes. A extensão dos rituais funerários, a riqueza de sua simbologia e a participação das pessoas em tais ritos fazem com que seja irônica a imprecisão dos dados sobre mortalidade (Nations & Rebhun, 1988a).

## O SIGNIFICADO OFICIAL DA MORTE

Para todos os fins oficiais, a morte ocorre no Brasil somente quando o evento é registrado por familiares em um cartório, um estabelecimento autorizado pelo governo. A partir de 1973, a Lei do Registro Público 6.015 garantiu (como princípio) a todos os cidadãos brasileiros o direito de registrar os nascimentos e mortes de seus filhos, independentemente dos recursos financeiros de que disponham (isso se traduz em custo zero para famílias pobres) (Juarez, 1989).

Teoricamente, a nova Constituição Federal do Brasil, adotada pela República em 1988, facilitou o processo de registro ao criar uma licença de paternidade de sete dias especificamente para permitir que o pai registre o bebê e ajude sua esposa depois do parto. Contudo, na prática somente trabalhadores contratados (o que significa que pagam impostos e recebem benefícios sociais) podem exercer esse direito, sendo que a maioria das pessoas pobres trabalha por empreitada – isto é, em empregos temporários instáveis. Além disso, a burocrática formalidade de completar o registro muitas vezes desencoraja as famílias enlutadas de enfrentar ou cumprir essa obrigação.

Registrar uma morte exige que, primeiro, o nascimento da criança tenha sido registrado em um cartório oficial. Pais pobres que queiram recorrer ao processo de registro gratuito patrocinado pelo governo devem, primeiro, buscar uma autorização financeira no escritório da Legião Brasileira de Assistência (LBA), localizado em Fortaleza. As famílias devem viajar longas distâncias, navegando o labirinto não familiar e desnorteante dos altos edifícios de escritórios e movimentadas ruas para fazer isso. Mães solteiras freqüentemente estão presas em casa, cuidando do recém-nascido ou observando o resguardo, o tradicional período de repouso de quarenta dias após o parto. Uma vez no escritório central da LBA, os dados necessários sobre a criança devem ser fornecidos à equipe, que completa o processo de revisão em dois a cinco dias úteis, tempo que demanda uma cara viagem de volta ou uma estada noturna. Com a autorização da LBA em mãos, a família localiza um cartório oficial afiliado no qual o nascimento ou a morte podem ser registrados e onde a documentação pode ser fornecida. Se o prazo para registro, de 15 dias após o parto, tiver passado, deve-se também, antes de tudo, apresentar uma petição explicando aos advogados do Juizado de Menores por que o recém-nascido não foi registrado no período estipulado pela lei. Com essa isenção legal em mãos, volta-se ao escritório da LBA, onde uma nova autorização financeira é preparada (depois de um período de espera, claro), e o nascimento pode, então, ser registrado no cartório oficial. Para o atestado de óbito, o processo é muito semelhante: primeiro, a família deve entrar em contato com o informador popular, um representante da LBA, que solicita a um médico que preencha uma comprovação de morte. Depois de obter essa comprovação (o que pode levar alguns dias, pois o médico não é pago pelo serviço e corre diversos riscos legais quando assina um atestado), os pais devem levar o documento a um cartório para receber o verdadeiro atestado de óbito. É verdade que pessoas de baixa renda não pagam nenhuma taxa direta pelo registro de nascimentos ou mortes, mas os custos indiretos para transformar um nascimento ou uma perda privada em uma realidade oficial são consideráveis: tempo e energia perdidos, dinheiro que se deixa de ganhar, além de desembolso para despesas. Quando se pensa

que alguns pais não conseguem tempo nem dinheiro para ir ao hospital e reclamar o corpo de seu filho morto, não é difícil imaginar que poucos percorram todo o processo de registro de uma morte.

Ainda assim os pais completam o árduo processo de registro do nascimento a fim de ter acesso a benefícios sociais nacionais. Os benefícios mais básicos – receber complementos alimentares, matricular na escola, votar e (em alguns casos) receber atendimento à saúde – dependem do registro do nascimento de uma criança. Em comparação, os benefícios sociais de oficializar a morte de uma criança são nulos para a família. A motivação para fazê-lo é, portanto, muito pequena. Embora a legislação brasileira declare que somente corpos com atestado de óbito podem ser enterrados em cemitérios oficiais, essa não é uma regra inflexível. Receber uma sanção por registrar a morte de uma criança é mais freqüente. As famílias perdem benefícios (leite e complementos alimentares) quando a morte é oficialmente informada.

O desequilíbrio entre os registros de nascimentos e os de mortes deturpa ainda mais as taxas de mortalidade. A maior insensibilidade do sistema oficial de registro à morte resulta em uma situação em que o numerador da causa de mortalidade é artificialmente baixo em comparação com o denominador de "total de nascidos vivos". A taxa oficial de mortalidade resultante é, assim, extremamente tendenciosa para um quociente baixo.

## A Base Cultural do Morrer

Sofrimento e morte são experiências reais de vida para as famílias brasileiras de alguns dos trezentos mil bebês que morrem a cada ano, a maioria na região nordeste do país (CPT, CPC & Ibase, 1984; Nations & Rebhun, 1988a; Scheper-Hughes, 1984, 1985; United Nations International Children's Emergency Fund, 1986). Aqui, onde instituições sociais e médicas não conseguem amenizar o choque da perda, entra em cena a cultura (Obeyesekere, 1985). As explicações populares transformam o episódio da morte em um elemento cultural que é compartilhado, lógico, classificado, aparentemente controlado e mesmo previsível. Para bem compreender o registro das mortes, devemos aprender a trabalhar com, não contra, essa cultura popular.

A descrição etnográfica que se segue identifica os membros extrafamiliares da comunidade diretamente envolvidos em uma "boa morte" (Walvin, 1986), isto é, alguém que contribui para o "bem-estar tanto do espírito como da família sobrevivente" (Nichter, 1987: 416). A lista inclui o padre da localidade; a rezadeira (curandeira católica popular); a parteira (leiga); a madrinha; o pai-de-santo; os

vendedores de velas votivas, coroas funerárias, decoração para caixão e mortalhas de anjo; os amiguinhos da criança morta que carregam a caixão; os fabricantes de caixões e os artesãos em madeira; os vendedores de flores; o fotógrafo do lugarejo; o porteiro do cemitério; o coveiro; o tocador do sino da igreja e as pessoas que vivem perto de cemitérios clandestinos, pontos sagrados e principais encruzilhadas. É esperado que todas essas pessoas, devido aos papéis sociais que desempenham, participem dos rituais de morte. Conseqüentemente, são as pessoas que naturalmente se deve procurar para coletar estatísticas acuradas de mortalidade infantil na comunidade.

## Etnografia da Morte de uma Criança

À medida que o medo da morte se aproxima, a luta da criança pela vida se torna uma luta da família e da comunidade. Os membros intensificam suas orações, procuram remédios e barganham com seu santo favorito, freqüentemente São Francisco das Chagas, implorando-lhe que conceda a graça de salvar a frágil vida do inocente em troca de sua eterna devoção (Nations & Barreto, 1991). Mas quando os pedidos não são atendidos, a família volta sua atenção para sua maior preocupação, o destino espiritual da criança, batizando-o com água benta, tanto para garantir sua entrada no céu e a vida eterna como anjinho quanto para salvá-la do destino de um pagão que vaga sem rumo no purgatório. Os moradores do vilarejo sabem que, mesmo na ausência de um padre, uma rezadeira, uma parteira, a madrinha da criança ou qualquer adulto cristão pode batizá-la, se for necessário: "Geralmente a gente chama uma pessoa mais velha... de 50 ou 60 anos, né?"; "Se não tem ninguém por perto naquela hora, aí a própria mãe pode batizar".

Se a morte for iminente, uma vela, uma lanterna ou mesmo um fósforo é rapidamente aceso e colocado nas mãos do bebê. Uma luz deve estar presente para iluminar o caminho do espírito da criança até o céu, o qual é libertado de seu corpo com seu último suspiro. Brincos de ouro, pulseiras e pingentes como a figa da sorte são removidos, deixando o corpo inocente livre de posses mundanas, livre do pecado. A criança é vestida com uma mortalha de algodão barato na cor azul-celeste.[3] O bebê não pode morrer nos braços da mãe de jeito nenhum; uma tia, uma vizinha, um curandeiro tradicional – qualquer um, menos sua mãe natural, que é incapaz de suportar a dor da perda – devem confortar a criança nos últimos momentos.

Imediatamente depois de morrer, a criança (se tiver menos de 7 anos de idade) é chamada de anjinho. Os olhos do anjo são rapidamente mantidos abertos

(ao contrário dos adultos, cujos olhos são fechados) e chumaços de algodão umedecidos com água, óleo de oliva ou óleo de coco são inseridos no globo ocular para mantê-lo aberto e permitir que o inocente enxergue Deus imediatamente. A criança é banhada e vestida de modo usual, e todos os nós são afrouxados para que o trajeto até o céu não seja complicado nem impedido e o anjinho possa passar rapidamente à companhia de Jesus. O corpo sem vida do bebê é deitado para repousar sobre uma mesa de madeira tosca na sala da frente de sua casa. A vela mantida nas mãos da criança é substituída por uma caixa de fósforos ou outro objeto, em torno do qual seus dedinhos são moldados em atitude de oração, sendo então amarrados com um cordão ou fio. Uma vela votiva é colocada em cada canto da mesa, onde queimará até o dia seguinte, quando a criança será enterrada.

Uma multidão, composta na maioria de mulheres e crianças, se junta para prestar seus últimos respeitos e consolar os pais; eles aconselham os pais a não chorar e a aceitar a morte da criança como um desejo de Deus. A cultura popular proíbe demonstrações emocionais exageradas, particularmente o choro, porque "as lágrima deixa as asa do anjinho tudo encharcada, pesadinho, né? E o anjinho não consegue voar até o céu!". Outros dizem aos pais para não chorar porque "as lágrimas que a mãe derrama, né, apaga a velinha que ilumina o caminho do anjinho até o céu". Outros ainda confortam os pais enlutados, dizendo que "É melhor que a criançinha escapou dessa vida tão sofrida". "Você não perdeu um filho", conforta um, "ganhou um anjo que pode rezar por sua família todos os dias e proteger todos vocês com a ajuda de Deus". "Por que você chora pra o fio se tem certeza que o bichim está no céu... esperando pra se juntar de novo um dia?" Por meio de tais conselhos e advertências, a cultura impede que os pais pobres se abandonem ao luto e à agonia sem fim (Nations & Rebhun, 1988a).

Em momento algum o defunto deve ser deixado sozinho. "Se a gente deixar a criança, o diabo pode roubar sua alma, viu?". Deixar um anjo sozinho é "prova de pouco amor". Antes que passe um dia, o corpo da criança é levantado da mesa e colocado em um caixão de madeira ou, se sua família for muito pobre, em uma caixa de papelão, uma telha de adobe arredondada, ou envolvido em panos, simplesmente.

Os caixões de madeira são construídos ou pelo pai ou por um carpinteiro local. Em quase todas as comunidades existem diversos homens que fabricam caixões. No Conjunto Palmeiras, o senhor José Augusto dirige a madeireira na escola de ensino fundamental local e, em seu tempo livre, confecciona caixões para anjos. De acordo com Zé Augusto,

> *Tem dias que chega a morrer até cinco criança aqui no Palmeira. Aqui na nossa fábrica, que é uma pequena fábrica, nós fabricamos caixão pra criança, né? Quando os pais de família procura, aí a gente dá o material, sobras de madeira, daí eles fazem o caixão pra seu fio mesmo, especialmente famílias nessas áreas que foram ocupadas agora, sabe? Com essa ocupação de terras morreu muita criança. Aqui morre criança todos os dias... Não têm condições nem mesmo pra comprar um caixão... Aí todo o pessoal ajuda nessa hora de necessidade... Uma pessoa doa alguma madeira, outra um resto de tecido para fazer a mortalha, outra costura... Um pouquinho daqui, um pouquinho dali, e antes que você se dê conta, o caixão está pronto para o enterro, graças a Deus!*

Os caixões para os anjinhos podem ser baratos e toscos, mas são cuidadosamente decorados. Faixas de papel crepom azul-celeste (para representar o paraíso) cortadas em franja são coladas em camadas sobre o exterior áspero do caixão. Dentro, o caixão pode ser levemente acolchoado com panos. Flores – um símbolo católico tradicional da ressurreição e da vida eterna – em cor pastel são colocadas sobre o corpo todo da criança, de modo que só o rosto e as mãos fiquem visíveis. Uma pequena coroa recortada de papel-alumínio prateado brilhante pode repousar sobre a cabeça do anjo, freqüentemente cobrindo as marcas e hematomas causados pelos médicos ao puncionar as pequenas veias azuis do bebê para administrar a terapia de reidratação. Finalmente, o corpo pode ser recoberto com uma mistura brilhante de purpurina prateada, como aquela usada para enfeitar o corpo nas festividades do Carnaval. Quando os toques decorativos estão terminados, a família (mesmo nos lares mais pobres) usualmente chama um fotógrafo local para imortalizar a imagem da criança morta em uma fotografia, que então é exibida na casa.

Os carregadores do caixão de um anjinho devem ser virgens (a menos que a criança tenha morrido de doença de criança, tida como contagiosa demais para que outras crianças sejam a ela expostas) que lideram uma procissão de companheiros de brincadeiras pelas ruas até o cemitério. A impressão é de crianças enterrando crianças; o ritual serve para enfatizar a pureza do inocente e assegurar sua rápida e direta ascensão ao céu. Enfileirados atrás dos carregadores do caixão e dos amiguinhos, vêm os adultos – o pai, os padrinhos, as tias, os tios e os amigos. A mãe vela privadamente, em casa, "sem coragem" de ver seu filho enterrado.

No cemitério, o coveiro e o pai fazem um buraco medindo "sete palmos" de profundidade nos pequenos espaços entre os túmulos dos adultos. O pai, de pé dentro da cova, baixa o caixão azul-celeste até o fundo. Cada criança e adulto presente joga um punhado de terra sobre o caixão aberto, então o pai

joga o restante da terra com a pá. O sino da igreja, com seu toque vagaroso ritmado particular, identifica o defunto como um anjo ou um adulto.

O enterro em cemitérios urbanos é reservado aos mortos batizados. Bebês e crianças não batizadas e a prole de famílias pobres que vivem em regiões distantes do cemitério são enterrados em encruzilhadas ao longo da estrada, perto de estradas ou em currais de gado. Como os portões para o céu estão fechados para uma criança pagã, ela vagueia pelos escuros recessos do limbo por sete anos, durante os quais chora alto. Se uma pessoa que estiver passando ouvir o seu choro, pode salvar a alma da criança fazendo o sinal da cruz e dizendo “Eu te batizo em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo”. Para aumentar a chance de que alguém escute o choro do pagão, os sítios de enterro são escolhidos em estradas movimentadas. Uma vez por ano crianças não batizadas têm uma chance de salvação quando o papa realiza uma missa especial em Roma em sua honra. Alguns dizem que se os pais forem verdadeiramente corretos aos olhos de Deus, mesmo seus filhos não batizados serão salvos do tormento do inferno e voarão direto para o céu. Em zonas rurais, um curral é o local favorito para enterro, porque o menino Jesus nasceu em uma manjedoura.

O destino da alma da criança batizada é diferente do destino da alma do pagão. Imediatamente após a morte, a criança batizada se transforma em um anjo, um membro da corte celestial. Não pertence mais a este mundo, não faz mais parte da família terrestre. A partir do momento de seu último suspiro, ela se torna filha de Deus e membro da família divina. Como tal, serve a Deus e protege sua família na terra. Se o anjo morre antes de mamar o leite da mãe (que se pensa vir de seu sangue e conter seu pecado), ele voa diretamente para o céu e é imediatamente promovido à mais alta ordem dos anjos, os serafins, que tocam trombetas ao lado de Deus. Os bebês que mamaram devem primeiro passar pelo purgatório, para se despojarem do pecado antes de continuar seu vôo para o céu.

## Operacionalização do Relato Popular da Morte

Esses dados etnográficos nos permitem desenvolver um método alternativo para coletar dados e processar estatísticas sobre mortalidade neonatal e infantil. Com base em nossas descrições etnográficas, primeiro identificamos “repórteres populares da morte” em Pacatuba, pessoas que têm conhecimento privilegiado sobre os anjinhos: o coveiro, o porteiro, o fabricante de caixões, a parteira leiga, os curandeiros populares, o funcionário da venda, o tocador de

sino, o agente funerário, o padre, o fotógrafo etc., todos participantes-chave dos rituais mortuários. Organizei essas pessoas em uma equipe de "vigilantes da morte" e os treinei para detectar e registrar (usando formulários simples) mortes de bebês e crianças na comunidade. Comparamos sua capacidade para descobrir mortes de crianças pequenas com a capacidade de dois métodos padronizados de coleta de dados: o registro vital oficial do governo e um inquérito epidemiológico intensivo porta a porta.

Durante 12 meses entre 1984 e 1985, comparamos os três diferentes métodos para detecção de taxas de mortalidade entre bebês e crianças abaixo dos 5 anos de idade em Pacatuba. O primeiro método implicava uma revisão mensal do registro vital oficial, no centro da cidade. O segundo método era um trabalhoso e caro inquérito porta a porta de todos os domicílios com crianças abaixo de 5 anos de idade (n=430). Foi elaborado um histórico completo da gestação e do desfecho de cada mulher em idade reprodutiva, com entrevistas realizadas no início e ao fim dos 12 meses. O terceiro método empregou nossos "repórteres populares da morte", sensíveis às nuances culturais. Em todos os casos, a identidade da criança morta e a causa da morte foram confirmadas por pesquisadores ao longo das entrevistas de acompanhamento em casa.

As tabelas 1 e 2 relatam nossos achados comparativos entre os três métodos de detecção de morte. As mortes efetivamente conhecidas foram determinadas pela combinação das mortes relatadas por todas as três fontes. Nossa melhor estimativa foi que nove crianças com menos de 5 anos de idade tinham morrido em Pacatuba durante o período de 12 meses do estudo. Nenhum método conseguiu detectar todas as nove mortes. Os repórteres populares da morte, entretanto, chegaram mais perto do número real. Registraram 88,9% das mortes, seguidos pelo inquérito domiciliar, que captou 66,7%. O escritório de registro vital registrou somente 44,4% das mortes efetivas, ou metade do número detectado pelos repórteres populares. Assim, as estatísticas oficiais sub-registraram mortes efetivas em 56% em Pacatuba. Cinco das nove mortes foram de crianças menores de 1 ano de idade e as outras quatro foram de crianças entre 1 e 5 anos. Somente os repórteres populares captaram todas as cinco mortes de bebês, enquanto os outros dois métodos registraram apenas três mortes de bebês menores de 1 ano.

Tabela 1 – Números de mortes de crianças, por idade, resultantes de três métodos de registro. Pacatuba, 1984-1985

| | Fonte de informação | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Registro oficial | Inquérito domiciliar | Repórteres populares | Mortes efetivas* |
| Mortes detectadas de bebês (< 1 ano) | 3 | 3 | 5 | 5 |
| Mortes detectadas (< 1-5 anos) | 1 | 3 | 3 | 4 |
| Total de mortes detectadas (< 5 anos) | 4 | 6 | 8 | 9 |
| % Total de mortes detectadas | 44,4 | 66,7 | 88,9 | 100 |

* “Mortes efetivas” refere-se ao total de mortes relatadas pela combinação de todos os três métodos e observação participante por pesquisadores de campo.

Das nove crianças mortas que foram identificadas por uma combinação de todos os três métodos, seis eram do sexo masculino e três do feminino (Tabela 2). Problemas gastrintestinais ou a popular doença de criança, cujo sintoma principal é a diarréia, foram a principal causa de morte (com três casos), seguidos de infecções do trato respiratório (dois casos). Mortes isoladas foram causadas por uma diversidade de doenças infecciosas infantis, incluindo coqueluche, sarampo, febre tifóide e difteria. Embora os números totais sejam muito pequenos para levar a conclusões definitivas, observamos que os métodos do registro e do inquérito domiciliar são menos sensíveis que os repórteres populares da morte na detecção de mortes de meninas e recém-nascidos. O registro oficial e o inquérito domiciliar detectaram apenas uma morte de menina, enquanto os repórteres populares da morte detectaram todas as três. O último método também foi muito mais sensível em observar mortes de bebês abaixo de 1 ano de idade.

Comparando as causas de morte detectadas pelos três métodos, observamos marcada discordância em apenas um caso (nº 6), para o qual as causas atribuídas variaram de difteria a varíola e “coração”. Em dois outros casos (1 e 2), houve leve discordância entre as fontes. No caso 1 o inquérito domiciliar identificou a enfermidade popular doença de criança, enquanto os repórteres de morte leigos relataram seu sintoma primário (diarréia) como a causa da morte. No caso 2, o registro oficial citou “insuficiência intestinal” como causa da morte, enquanto os repórteres populares anotaram simplesmente “intestino”, que se refere a uma infecção entérica e diarréia.

Tabela 2 – Sexo, idade e causa da morte de crianças < 5 anos de idade observados por registro oficial, inquérito domiciliar e repórteres populares da morte. Pacatuba, 1984-1985

| | Fonte de informação | | |
|---|---|---|---|
| Gênero e idade da vítima | Registro oficial | Inquérito domiciliar | Repórteres populares da morte |
| 1. F, 2 meses | – | doença de criança | diarréia |
| 2. M, 8 meses | insuficiência intestinal | – | intestino |
| 3. M, 1 ano | – | coqueluche | – |
| 4. M, 11 meses | sarampo | sarampo | sarampo |
| 5. F, 8 meses | febre tifóide | – | febre tifóide |
| 6. M, 3 anos | difteria | difteria | varíola e coração |
| 7. F, 2 anos | – | – | pneumonia |
| 8. M, 3 anos | – | convulsões | convulsões |
| 9. M, 20 dias | – | doença de criança | doença de criança |

No cálculo da TMI, houve grandes discrepâncias, dependendo da fonte de dados utilizada (Tabela 3). Houve 98 nascidos vivos durante o período de 12 meses do estudo. Assim, a taxa de mortalidade real foi de 91,8 por mil crianças abaixo de 5 anos de idade nascidas vivas e a TMI foi 51; essas taxas seriam consideravelmente menores se fossem usados os dados do registro oficial (40,8 e 30,6, respectivamente). O método do inquérito domiciliar resultaria em uma taxa de mortalidade de 61,2 e uma TMI (relativamente) baixa, de 30,6.

Tabela 3 – Taxa de mortalidade infantil (TMI). Pacatuba, 1984-1985

| | Fonte de informação | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Registro oficial | Inquérito domiciliar | Repórteres populares | Mortes efetivas |
| Mortes detectadas de bebês (< 1 ano) | 30,6 | 30,6 | 51,0 | 51,0 |
| Mortes detectadas (< 1-5 anos) | 10,2 | 30,6 | 30,6 | 40,8 |
| Mortes detectadas (< 5 anos) | 40,8 | 61,2 | 81,6 | 91,8 |

As implicações políticas dessa variação nas taxas de mortalidade são consideráveis. Com uma TMI oficial de 30,6, por exemplo, Pacatuba se classifica

abaixo da TMI nacional média de 53 (Simões & Ortiz, 1988) e até mesmo bem abaixo da média de 75 mortes para cada mil nascidos vivos da região nordeste. Essa taxa "oficial" de 30,6 em Pacatuba também fica consideravelmente abaixo da TMI de 102 relatada em recente estudo financiado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) para todo o estado do Ceará (Victora & Barros, 1988). De acordo com esse estudo, a TMI é de 106 nas áreas rurais e de 90 por mil nas áreas urbanas. Mesmo nossa TMI calculada de 51 fica bem abaixo da média do estado, como foi relatado no estudo do Unicef.

A baixa TMI de Pacatuba pode ser devida à intensiva intervenção de reidratação oral (TRO) implementada durante o mesmo ano (Nations *et al.*, 1988). Nesse caso, quando a TMI é uma medida crucial para o desfecho de sucesso ou fracasso da intervenção de TRO, taxas acuradas de mortalidade de bebês pobres são mais importantes, já que se espera que estes sejam os maiores beneficiados com essa intervenção. Com o registro da TMI de 30,6, é provável que o programa de TRO seja considerado (incorretamente) um processo instantâneo e monumental, e os recursos do estado destinados à saúde serão retirados e realocados para comunidades mais necessitadas. Baseada em uma TMI que é quase o dobro desta, a avaliação do impacto do programa de TRO é mais realista, e os recursos financeiros continuariam a ser investidos no combate aos problemas de saúde infantil de Pacatuba.

Tabela 4 – Fator de correção para registro oficial vital de taxas de mortalidade neonatal e infantil. Pacatuba, 1984-1985

| | Fonte de informação | | |
|---|---|---|---|
| | Registro oficial | Inquérito domiciliar | Rede leiga de morte |
| Mortes detectadas de bebês (< 1 ano) | 1,666 | 1,666 | 1,0 |
| Mortes detectadas (<1-5 anos) | 4,0 | 1,333 | 1,333 |
| Mortes detectadas (< 5 anos) | 2,25 | 1,5 | 1,125 |

A Tabela 4 apresenta um fator de correção baseado na diferença entre as taxas reais de morte registradas em Pacatuba e as taxas resultantes dos três métodos de detecção. Por exemplo, multiplicar a TMI registrada no cartório oficial por 1,667 resultaria em uma TMI que se aproxima da taxa real; a TMI derivada de um inquérito porta a porta precisa ser ajustada pelo mesmo fator. No caso da mortalidade de crianças com menos de 5 anos de idade, os dados do cartório oficial precisam ser corrigidos pela multiplicação da taxa observada por 2,25, para compensar o sub-registro. Os dados do inquérito domiciliar precisam ser aumentados em 1,5 e os dados da rede de repórteres populares de

morte em 1,125, a fim de se aproximar das taxas reais observadas. Tendo por base um delineamento semelhante, estudos em outras comunidades ou regiões podem estabelecer fatores locais de correção adequados a essas circunstâncias.

## Quantificar ou Não Quantificar? Eis a questão

Quantificar ou não as mortes de crianças pobres é mais freqüentemente uma decisão político-econômica que se baseia nas vantagens pessoais percebidas pelos políticos locais ao receberem dados de mortalidade alta ou baixa. Os números são superestimados quando fundos internacionais estão sendo repartidos; são subestimados durante a reeleição, quando os programas de saúde do político em exercício estão sendo avaliados. Em poucas palavras, os dados de mortalidade são uma 'batata quente' política em regiões em desenvolvimento do mundo, e muitos políticos e burocratas aprendem a habilmente fazer malabarismos com eles em benefício próprio. O ex-governador do Ceará, por exemplo, construiu sua plataforma para a presidência do Brasil demonstrando uma significativa redução da mortalidade infantil durante seu período no cargo (*Time*, 6 maio 1991). Desenterrar mais cadáveres por meio de métodos de base etnográfica certamente não é a maior prioridade para programas estaduais de saúde da criança nesse momento politicamente decisivo. Descobrir cemitérios escondidos torna-se mais atraente depois da reeleição, quando os políticos tentam afrouxar os cordões do bolso das fundações filantrópicas ou negociar novos termos para o pagamento da dívida brasileira com credores internacionais, de U$ 115 bilhões. Nesse momento, autoridades recém-eleitas podem lamentar abertamente as trágicas e inaceitáveis altas taxas de mortalidade de famílias pobres.

Além da economia política de quantificação de mortes, diversos fatores socioculturais específicos também influenciam o registro de dados de mortalidade. A seguir apresentamos e analisamos três casos coletados durante nosso trabalho de campo que apontam, todos eles, para os problemas subjacentes à acurácia de estatísticas vitais feitas com base em registros ou inquéritos e para as vantagens dos métodos etnograficamente confiáveis na coleta desses dados.

### Caso 1: A luta frustrada de Maria José

No dia 15 de agosto de 1989, o segundo dos quatro filhos de Maria José morreu na localidade rural de Guaiúba. Ela estava determinada a que seu anjo

repousasse em paz no cemitério local. Maria José havia abandonado seu primeiro filho morto alguns anos antes em um hospital de Fortaleza porque não tinha nem mesmo "um trapo para enrolar" ou dinheiro para registrar seu nascimento ou morte. A imagem de seu filho morto jazendo nu, sozinho, em uma mesa de aço de hospital continua a assombrar Maria quando dorme: "Nunca mais um fio meu morre longe de mim... na cidade. Se for para morrer, ai, meu Deus todo poderoso, por favor, deixa ele morrer em casa, sob meu poder!". Frustrada em seus esforços para conseguir rapidamente um atestado de óbito gratuito em Guaiúba, ela falou diretamente com o coveiro no cemitério, que teve pena da mãe aflita. Na mesma noite ele cavou uma pequena cova, em um canto escondido do cemitério, e enterrou o anjo. Maria José, que é analfabeta, nunca notificou as autoridades da morte de seu bebê; tinha medo de que o governo cortasse o seu complemento de leite gratuito do qual dependia para manter vivos seus dois filhos mais novos.

Nesse caso observamos uma falha estrutural no sistema oficial de registros vitais que pode explicar seus 56% de sub-registro. As famílias de baixa renda não podem pagar o preço que tanto os despachantes (legais) como os zangões (ilegais) cobram para contornar os procedimentos burocráticos. Também não conseguem lidar com os formulários incompreensíveis, as filas de gente esperando, as pressões sobre seu tempo e energia e o risco de perder os benefícios governamentais dolorosamente necessários. A única maneira que têm de lidar efetivamente com a burocracia é contorná-la, simplesmente não registrando mortes e nascimentos. Como Nichter (1991) observou, a epidemiologia está sujeita aos padrões comportamentais culturais dos grupos estudados, e quando relatar mortes ameaça a subsistência da família, as estatísticas de mortalidade serão tendenciosas.

### CASO 2: RAIMUNDA E ZÉ, UMA SUBSTITUIÇÃO DE MORTE

Raimunda deu à luz seu bebê em casa na comunidade litorânea de Caponga, localizada a duas horas de Fortaleza. Raimunda estava preocupada porque 'a' hora de nascer havia passado. Quando o bebê apresentou problemas para respirar, seu marido, Zé, rapidamente transferiu o recém-nascido para a maternidade em Fortaleza, mas sem resultado: o bebê morreu no caminho. O casal ficou vários dias na capital, onde enterraram os restos do filho (disseram que sem atestado de óbito). De coração partido pela perda, o casal voltou para casa, onde Raimunda permaneceu reclusa durante o restante do resguardo. Por volta do dia em que seu filho completaria um mês de vida, Zé ouviu um barulho de choro do lado de fora da porta. Enrolado em um lençol velho, deitado no chão perto da porta, estava um nenezinho com cerca de 1 mês

de vida. “Desde que a gente acabou de perder nosso fio, imaginamos que Nossa Senhora do Bom Parto ou Deus enviou outro, né?”. Raimunda e Zé registraram a menina como sua filha legítima no cartório de registros do distrito sem nenhum problema, pois “todo mundo sabia que eu tava grávida e quase ninguém sabia que o bebê da gente de verdade tinha morrido, né?”.

Apesar de ser melhor do que os registros formais, nosso inquérito casa a casa também falhou em detectar todas as mortes. Diferentemente de Raimunda e Zé, muitos informantes não queriam compartilhar detalhes íntimos sobre abortos e mortes de filhos. As equipes do inquérito ou censo profissional são muitas vezes contratadas por órgãos centrais localizados na distante capital. Devem cobrir grandes territórios em tempo limitado e baseiam-se em questionários estruturados para obter dados rapidamente. Esses fatores desencorajam os informantes de fornecer livremente informações não solicitadas e detalhes que possam ser essenciais para descobrir mortes ocultas. Além de tais problemas técnicos, os inquéritos vitais exigem dinheiro, organização e pessoal treinado, tudo isso escasso em lugares como o Ceará rural.

### Caso 3: A morte clandestina de Marlene, desconhecida de todos

Marlene, 19 anos de idade, solteira, oito meses de gestação, andou até o rio para pegar água, onde escorregou em uma pedra, caiu no chão e bateu seu estômago contra a lata de água. Logo em seguida começou a sentir fortes dores abdominais e chamou a parteira local, dona Osmar, para ir à sua casa. A parteira não estava disponível, pois estava cuidando de uma mulher com sangramento em uma vila de pescadores vizinha. Sentada em um banco de madeira, Marlene se agachou e teve seu bebê sozinha. Ele viveu por várias horas depois que ela cortou o cordão umbilical, então morreu antes que Marlene tivesse tempo de batizá-lo. Colocando seu corpinho em uma caixa de sapato, ela caminhou sobre as dunas de areia e enterrou-o na “cruz do seu Crispim”, um ponto sagrado onde, explicou, “Com certeza, algum passando ia ouvir o bichim chorar e batizar ele na mesma hora”.

Tempos depois, subimos até a clareira na vegetação onde fica a cruz de Crispim, uma grande base de cimento recém-pintada com cal sustentando uma grande cruz de madeira. “Os túmulos das crianças pagãs, eles realmente existem?”, perguntamos ao nosso guia local. Ele nos disse para deitar no chão. Entre as espessas folhas de capim selvagem estavam dezenas de cruzes feitas de pequenos galhos fincados no solo sagrado.

A profusão de cemitérios clandestinos no Brasil revela a inadequação do tratamento oficial da morte. Para Laurenti (1975), sua existência nas regiões

mais pobres do país invalida os dados de mortalidade dessas regiões. Mello Jorge (1982), em uma pesquisa no município de Teresina, documentou a existência de apenas sete cemitérios oficiais, porém a espantosa soma de 101 locais para túmulos clandestinos. À medida que nossas investigações se ampliavam de Pecém para outras regiões do estado do Ceará, descobríamos documentação de locais similares. Na cidade de Tauá, localizada no interior a 369 quilômetros de Fortaleza, a polícia "descobriu" um cemitério clandestino e começou a exumar 22 corpos para exame médico-legal e registro oficial, ocasionando um escândalo público (*O Povo*, 22 jul. 1989). Localizado nas margens da BR-020, aparentemente perto de uma área de prostituição, nesse cemitério havia marcas de covas rasas. Líderes da comunidade de Tauá sustentam que o sítio de enterros ilegais era apenas um entre provavelmente milhares – resultado da pobreza e da burocracia estatal. A intervenção da polícia foi, segundo eles, repugnante e desrespeitosa com os mortos. As mulheres pobres são forçadas a enterrar seus mortos ao longo do acostamento da rodovia BR-020 porque o "campo santo oficial" está superlotado e as famílias de baixa renda não conseguem pagar as taxas exigidas pela municipalidade para funerais. Depois de avaliar a extensão da prática (98 covas foram identificadas), a polícia abandonou a busca, a comoção pública diminuiu, e hoje as mães pobres de Tauá continuam a enterrar seus anjos no mesmo ponto. O chefe da polícia de Tauá declarou:

> *Devido a esses funerais clandestinos, isto é, aqueles que não são oficialmente registrados, qualquer estatística que tente provar uma redução da mortalidade infantil neste município é falsa.*

O segundo e o terceiro casos ilustram a importância de que os mortos e o morrer sejam considerados em seus aspectos culturais. Crenças religiosas profundamente enraizadas, aliadas às restrições da pobreza, exercem uma poderosa influência sobre onde e como os ritos funerários de crianças são realizados no nordeste do Brasil. Por esse motivo, os repórteres populares da morte têm a clara vantagem do contato direto com os inocentes em suas comunidades; fazem o parto, batizam, benzem, banham e enterram. Mesmo assim, algumas mortes ainda escapam do olhar desses informantes. Algumas crianças morrem em hospitais distantes e são enterradas ou mesmo abandonadas lá, e nunca retornam à comunidade. O coveiro, como pertence à comunidade, identifica-se profundamente com o sofrimento dos pais e, como é habitual na América Latina, faz-lhes um favor ao enterrar secretamente os bebês, sem as taxas ou documentos exigidos, atrás do muro do cemitério ou mesmo junto, na mesma cova, com os corpos de bebês "legítimos" (Nations & Farias, 1990). Um número desconhecido de crianças é enterrado em cemitérios clandestinos que

não exigem nenhum atestado de óbito para o funeral e são culturalmente preferidos por darem sorte ou por prometerem salvação eterna para os bebês pagãos.

## Conclusão

Contar anjos não é uma tarefa fácil, mas descobrimos que contar crianças mortas tampouco é simples. Alguém tem que começar, como sugerem Kleinman e Kleinman (1989), com a descrição da experiência de morte a fim de construir uma etnografia acurada que se torne a base para a coleta de dados estatísticos sobre mortalidade culturalmente válidos. Nossa pesquisa no nordeste brasileiro revela algumas das vantagens da estatística etnograficamente sensível (isto é, estatísticas vitais que são coletadas com uma consciência das idéias e práticas culturais de acordo com as quais os mortos são tratados). Primeiramente, redes de repórteres populares da morte – pessoas cujos papéis culturais estão vinculados aos bebês e suas mortes (por exemplo, parteiras leigas, curandeiros tradicionais, fabricantes de caixões, coveiros etc.) – fornecem dados de mortalidade mais acurados que outras fontes tradicionais, além de funcionarem com reduzido ou nenhum custo financeiro. Em segundo lugar, estudos sobre mortalidade infantil realizados em zonas rurais do nordeste brasileiro que sejam comparáveis com Pacatuba podem se beneficiar da aplicação de um fator de correção, descoberto mediante inquérito etnográfico, para aumentar a acurácia dos dados fornecidos por registros vitais, inquéritos e até mesmo repórteres de morte. Em terceiro lugar, ao respeitar os costumes locais relacionados à morte, as estatísticas vitais etnograficamente coletadas não acrescentarão dor e trauma à perda e aumentarão a humanidade e a acurácia das estatísticas vitais.

## Notas

1 Originalmente publicado como “Flesh, blood; souls and households: cultural validity in mortality inquiry” em *Medical Anthropology Quarterly*, 5(3): 204-220, 1991.

2 A segunda autora contribuiu significativamente na realização do trabalho de campo, análise dos dados e discussão de aspectos importantes. Como falante nativa de português com fluência limitada em inglês, seu papel na redação foi necessariamente restrito. Portanto, “eu” refere-se à autora principal.

3 Pacatuba possui apenas um estabelecimento comercial que vende tecido azul para vestimenta de mortos. O proprietário separa uma bobina especial de tecido especialmente para “mortalha de anjos”.

# 3

# Cuidados Clínicos

## Doença de Criança: paradigma popular da diarréia persistente?[1]

**Marilyn Nations**

No dia 14 de maio de 1987, o filho de dois anos de dona Belina morreu em Beberibe, Ceará. "A diarréia saía como uma aguaceira caindo do céu... ele era só pele e osso... murcho... sua moleira rasgou, partiu no meio... cabia dois dedos no buraco", contou a mãe, consternada. Enquanto os estudiosos questionam por que as doenças diarréicas persistem e matam, os curandeiros tradicionais e os pais pobres do nordeste do Brasil têm uma resposta: a doença de criança. De acordo com as mães brasileiras, a doença de criança é a principal causa da morte de bebês e crianças (Tabela 1). Conforme uma pesquisa realizada em Pacatuba, Brasil (sete mil habitantes), 20,2% das 535 mães cujos filhos (< 5 anos) faleceram identificaram a doença de criança como causa da morte; é a maior preocupação dos pais pobres (Nations *et al.*, 1988). Mesmo assim, estudos epidemiológicos realizados na mesma área não listam o problema (Guerrant *et al.*, 1983).

Entretanto, a doença de criança é real para os pais das cidades pequenas (Berger & Luckman, 1966). É temida devido à sua natureza virulenta e infecciosa. Ninguém ousa dizer seu nome em voz alta. Cochichando, referem-se de forma impessoal a ela como "aquela doença", para evitar atrair sua força deletéria para os corpos de irmãos sadios. São promovidos rituais para os onipotentes caboclos, guias espirituais indígenas da Amazônia, e os orixás africanos para afastar a infecção. Se houver morte, o velório costumeiro é cancelado, as crianças são excluídas da procissão, os pertences contaminados são queimados ou enterrados, o cadáver é firmemente enrolado em um lençol, a casa é toda escovada com desinfetantes, as telhas de adobe do telhado são

removidas para que a luz do sol entre e "mate os restos da doença" antes que "pegue" de novo (Nations & Rebhun, 1988a).

Como a maioria dos médicos locais, o médico da cidade de Beberibe tem um conhecimento limitado a respeito da doença de criança.

> *Às vezes a mãe confunde desnutrição com doença de criança. Então, não é nada científico. É mais falta de informação do que, digamos, uma ciência popular.*

Porém, nossa pesquisa antropológica refuta a assertiva de que a doença de criança represente mera "falta de informação" ou seja uma exótica síndrome vinculada à cultura, sem nenhuma ligação com a biomedicina. A doença de criança exibe paralelos notáveis com a diarréia persistente. As diarréias crônicas e debilitantes estão sendo reconhecidas como o maior exterminador de crianças no nordeste brasileiro agora que a mortalidade devida a diarréias agudas e não invasivas declinou dramaticamente com a introdução da terapia de reidratação oral (TRO) desde o começo dos anos 1980 (Nations & Amaral, 1996). A diarréia persistente (> 14 dias de duração) responde por 11% de todos os episódios e 50% de todos os dias de diarréia nas crianças que vivem nas favelas urbanas de Fortaleza (Schorling *et al.*, 1990a), sendo responsável por 50% das mortes na região rural do nordeste brasileiro (McAuliffe *et al.*, 1986).

As nomenclaturas populares para as enfermidades nunca correspondem exatamente às categorias biomédicas de doença (Nations, Camino & Walker, 1988; Snow, 1976; Golden & Duster, 1977). No entanto, recodificar as enfermidades populares em problemas biomédicos pode reduzir a reconhecida lacuna entre a experiência popular e a medicina clínica (Nations & Rebhun, 1988b; Blumhagen, 1980; Leighton, 1969). Tal tradução cultural pode reduzir as barreiras interculturais de comunicação e melhorar significativamente a atenção ao paciente (Nations, Camino & Walker, 1985, 1988; Mull & Mull, 1981; Snow, 1974). O reconhecimento de uma associação entre a doença de criança e a diarréia persistente permitirá que os estudiosos apliquem a vasta sabedoria popular sobre a doença de criança – sua conceitualização, etiologia, tratamento, prognóstico e prevenção – ao estudo da diarréia persistente no nordeste brasileiro.

## Métodos

Durante cinco meses (de maio a setembro de 1990) foram realizadas cem entrevistas etnográficas abertas com cinqüenta curandeiros tradicionais e cinqüenta mães cujos filhos haviam morrido de doença de criança. Os curan-

deiros foram aleatoriamente selecionados do registro do Programa de Atenção Primária Alternativa à Saúde (Proais) da Universidade Federal do Ceará, o qual conta com 320 curandeiros práticos na área por ele abrangida e cobre quatro municípios rurais litorâneos e do interior – Pacatuba, Guaiúba, São Gonçalo e Aquiraz, localizados em um raio de uma hora de carro de Fortaleza (dois milhões de habitantes) – e três distritos urbanos – Conjunto Palmeiras, Lagoa Redonda e Janguruçu, localizados na periferia de Fortaleza. Em 1989, a população total na área do Proais era de 222.300 pessoas com trinta mil (13,5%) crianças < 5 anos de idade. A idade dos curandeiros varia entre 35 e 80 anos; 16% são homens e 84% são mulheres. Sessenta por cento são analfabetos. Cinco tipos de curandeiros tradicionais estão representados: rezadeiras populares de origem católica (n=34), benzedeiras da umbanda afro-brasileira (n=8), parteiras (n=3), espíritas (n=3) e raizeiros (n=2). As mães que perderam filhos foram identificadas com base nos levantamentos epidemiológicos mensais do Proais. Agentes de saúde comunitária notificam os supervisores do Proais (médicos e enfermeiros da universidade que prestam supervisão local semanal) sobre todas as mortes. Uma autópsia verbal é realizada pela equipe do Proais a fim de determinar a causa mais provável da morte. As causas relatadas pelas mães também são registradas no formulário padrão. Foram selecionados aleatoriamente, dentre os atestados de óbito, cinqüenta casos de morte por doença de criança. A idade das mães varia de 16 a 45 anos; a média de suas idades é 28,7 anos. Seu percentual de analfabetismo é de 38%, e 42% são semi-analfabetas. Setenta e dois por cento são moradoras rurais e 28% vivem na região periurbana. Dentre as cinqüenta vítimas de doença de criança, a idade à morte variou de 24 horas a 4 anos, com média de 8 meses de vida; 54% eram do sexo masculino e 46% do sexo feminino.

As entrevistas, com duração de duas a três horas cada uma, foram realizadas em português nas casas ou nos centros de oração, registradas em áudio e transcritas antes da tradução. Foram usadas perguntas abertas e vinte cartões com a representação gráfica dos sintomas para evocar o(s) modelo(s) explicativo(s) de doença de criança das informantes (Kleinman, 1975; Kleinman, Eisenberg & Good, 1978). As entrevistas foram processadas e codificadas mediante o uso do programa de computador The Ethnograph (Seidel, Kjolseth & Seymour, 1988); seu conteúdo foi analisado por uma equipe de estudiosos médicos e sociais. A observação participante das atividades de cuidado das crianças, das cerimônias de cura, dos festivais religiosos, das consultas hospitalares e médicas, dos velórios e das procissões de enterro foi realizada para verificar e complementar dados das entrevistas.

## Cenário

O Brasil se vangloria de ser a oitava maior economia do mundo. Contudo, seu desenvolvimento econômico é paradoxal (Fishlow, 1972): arranha-céus jogam sombra sobre as favelas, carros importados compartilham as estradas com carroças, e turistas que se bronzeiam em praias famosas são perseguidos por meninos de rua. O Brasil possui duas classes: a privilegiada do *country club* e os pobres miseráveis; existe uma classe média emergente, majoritariamente nas capitais e no sul industrializado. O Brasil tem a terceira pior distribuição de renda no mundo (World Bank, 1990). Durante a década de 1980 a cisão de classe aumentou ainda mais quando 90% dos cidadãos brasileiros empobreceram. Os 10% que ficaram mais ricos já eram, na maioria, privilegiados. Tal economia assimétrica se reflete nas taxas de mortalidade infantil (TMI). Entre 1980 e 1986 a TMI foi de 64,1 por mil crianças nascidas vivas no Brasil, de 98,8 no nordeste subdesenvolvido e de 44,6 no rico sul industrializado (Unicef, 1988). Em Fortaleza, capital do estado do Ceará, a TMI alcançou 104,6 em 1980, sendo muito mais alta do que no Rio de Janeiro (49,2) e em São Paulo (54,1) no mesmo ano. Cinqüenta por cento das mortes de bebês no nordeste brasileiro são devidas à desidratação diarréica, passível de prevenção (Victora & Barros, 1989).

O sistema médico popular é pluralista (Scott, 1974), baseado nas tradições indígenas (majoritariamente tupi-guarani e cariri), portuguesas e da África ocidental provenientes do passado colonial brasileiro (Cordeiro, 1989; Aragão, 1987; Burns, 1980). São consultados diversos agentes, incluindo: os curandeiros tradicionais, como rezadeiras (populares de origem católica), pais-de-santo dos cultos afro-brasileiros de umbanda, parteiras leigas (Araújo, 1983), espíritas (inspirados na doutrina de Allan Kardec) (Greenfield, 1987) e raizeiros; "médicos" e "farmacêuticos" leigos ou balconistas de farmácia; curandeiros protestantes carismáticos; praticantes da homeopatia; agentes de saúde comunitária; enfermeiros da saúde pública e médicos de todas as subespecialidades (Nations, 1982, 1983; Barreto, 1985).

Os curandeiros tradicionais combinam uma variedade de terapias, prescrevendo, de forma bastante pragmática, tudo o que parece funcionar, de água benta a nutrição intravenosa, de possessão espírita a penicilina. Vick VapoRub é receitado em momentos de transe, "espinhela caída" é radiografada, cirurgias são realizadas pelo espírito do médico alemão dr. Fritz e o pai-nosso é recitado depois de episódios de glossolalia. A eclética combinação de curandeiros e terapias freqüentemente resulta em mensagens que se contradizem umas às outras, em interrupção do tratamento, exaustão dos pais e, eventualmente, na morte da criança. Mesmo quando o tratamento é exclusivamente clínico, com freqüência não é efetivo devido à falta de médicos, à insuficiência de suprimen-

tos, ao vencimento do prazo de validade das vacinas, ao mau estado de conservação das ambulâncias e à superlotação dos hospitais (McGreevey, 1989).

## Resultados

### Taxonomia Popular da Doença de Criança

Referida como "a doença da criança" ou, alternativamente, "doença de menino", "doença ruim", "doença forte", "doença pesada", "epidemia da criança" ou simplesmente "aquela doença", a doença de criança é um rótulo sociocultural desenvolvido pelo sistema médico popular no nordeste do Brasil e aplicado aos estágios finais das doenças infecciosas infantis graves. Como outras classificações populares para a enfermidade, é uma afirmativa a respeito da vida e da etnia nas comunidades brasileiras onde a doença é endêmica (Nations *et al.*, 1988). Segue a descrição da taxonomia popular (Spradley, 1979) ou modelo explicativo popular (Kleinman, 1975; Kleinman, Eisenberg & Good, 1978) deste criminoso comum no Brasil tropical.

### Epidemiologia e Transmissão

A doença de criança é uma síndrome infecciosa tanto aguda como crônica, virulenta e observada exclusivamente em crianças, majoritariamente entre o nascimento e os 7 anos de idade. "A vida de uma criança está em sua moleira", dizem os curandeiros tradicionais. Acredita-se que a fontanela fica "aberta" desde o nascimento até os 7 anos de idade. A abertura no crânio é uma passagem desprotegida para que agentes que provocam enfermidade, como o vento, penetrem no corpo da criança e causem adoecimento e morte. Aos 7 anos, o crânio se junta, a fontanela se fecha definitivamente e o risco de doença diminui. Uma vez dentro do corpo, a doença de criança pode "dormir", aparecendo quando houver oportunidade. Os picos de sua incidência ocorrem aos 7 dias, aos 7 meses e aos 7 anos de idade (sete é um número mágico na medicina popular brasileira e foi escolhido por razões simbólicas); a doença não é comum após a metade da infância. Esse padrão de incidência por idade é consistente com as doenças infantis transmissíveis.

Não foi relatada nenhuma diferença entre os sexos no que diz respeito à incidência da doença. Uma diferença relacionada ao sexo é a maneira como o crânio afunda em conseqüência da doença: o dos meninos "se parte" em quatro seções, fazendo uma "cruz" no topo da cabeça, enquanto nas meninas a depressão é profunda como um "poço".

Tanto pessoas ricas como pobres podem estar sob risco de contrair a doença de criança: "Não faz nenhuma diferença o que alguém possui quando a doença vem... se vem para matar, mata independente de qualquer coisa". Entretanto, o risco relativo é maior para crianças pobres, desnutridas e com acesso precário ao hospital. Crianças de pele clara correm maior risco porque os agentes infecciosos invadem sua pele "fina" com mais facilidade do que as crianças de pele escura, "mais grossa". Acredita-se que as crianças "atrevidas" ou espertas que exploram ativamente o ambiente estão mais expostas aos contaminantes e à doença de criança. Os gêmeos correm alto risco devido ao seu íntimo contato, o que facilita a transmissão entre eles. Além disso, tempo, dinheiro e atenção são divididos entre irmãos da mesma faixa etária, diluindo os recursos disponíveis para superar o adoecimento.

Faz-se referência ao papel dos aspectos climáticos – vento, chuva, força da lua, calor etc. – na etiologia da doença de criança. Acredita-se que o problema "é de época", o que sugere um padrão sazonal de ocorrência; entretanto, não foi identificada nenhuma correlação entre as estações e as mortes relatadas.

A síndrome é descrita como altamente virulenta e transmissível. "Nada consegue impedir que a criança pegue ela." Os curandeiros tradicionais usam as palavras "logo", "de repente" e "rapidamente" para descrever a fase aguda, bem como "selvagem", "forte", "perigosa", "infecciosa" e "contagiosa"; dizem que a doença "pega a criança inocente". Existem quatro rotas de transmissão. Primeiro, acredita-se que a doença de criança seja transmitida por contato físico direto com uma fonte contaminada, incluindo: pessoas contaminadas e seus fluidos e secreções corporais (saliva, espuma da boca, secreções respiratórias, sangue e fezes); objetos pessoais contaminados, como fraldas, redes, roupas, utensílios, mamadeiras, potes, restos de comida e a mesa usada para preparar o corpo para o enterro; a cumeeira ou a fechadura da porta de entrada da casa da criança; hospitais infectados; vento maléfico, insetos ou o espírito de pessoas que morreram de doença de criança. Segundo, acredita-se que a doença é transmitida *in uteru* de uma mãe assintomática ("doença dormindo em seu corpo") para o feto, via placenta ou por "impressão" de suas emoções fortes (Snow, 1977), e para o recém-nascido via leite materno "quente". Terceiro, pode ser transmitida de um homem infectado para uma mulher grávida, e desta para o filho via fluidos corporais contaminados, incluindo saliva, sêmen, secreções vaginais, placenta e sangue. Em quarto lugar, Deus pode usar o poder divino para infectar os corpos das crianças, como punição pelos pecados de seus pais.

Tabela 1 – Histórico das causas de morte de 535 crianças < 5 anos de idade entre 1951 e 1984, relatadas pelas mães. Pacatuba, Brasil, 1984

| Causa ou causas citadas pela mãe* | Mortes | |
|---|---|---|
| | nº | % |
| Doença de criança | 110 | 20,2 |
| Diarréia | 93 | 17,1 |
| Desidratação | 58 | 10,7 |
| Dentição | 20 | 3,7 |
| Susto, ventre caído | 15 | 2,8 |
| Mau-olhado (quebranto) | 8 | 1,5 |
| Subtotal com sintomas de diarréia/desidratação | 304 | 56,0 |
| Outras causas de morte sem diarréia /desidratação como sintoma primário | 240 | 44,1 |
| Total | 544 | 100 |

* Nove mães citaram duas causas de morte.

Fonte: Nations *et al.*, 1988.

## Fatores de Predisposição ao Risco na Visão Popular

Em vez de falar de fatores predisponentes isolados, os curandeiros tradicionais lidam com o conceito de crianças de alto risco para doença de criança. Essa "criança difícil de criar" é particularmente delicada. Nasceu pobre e fraca, fica doente com freqüência, o que, por seu turno, a deixa "mais fraca". Os curandeiros dizem que a criança "que nasce pequena, miudinha", "de pais pobres que não têm comida", "alimentada com caldo fino e aguado de farinha de mandioca ou amido de milho" e "sem horário certo para se alimentar" tem maior probabilidade de contrair a doença de criança. "Essas crianças doentes não precisam ir para um pai-de-santo (para se curar), você tem que dar aos bichim comida!"

A doença de criança é sempre precedida de doença(s) popular(es) ou clínica(s), incluindo: mau-olhado (quebranto), susto, moleira funda, queda, dentição, quentura, vento (ramo), diarréia, infecção intestinal, infestação parasitária, bronquite, coqueluche, pneumonia, sarampo, meningite, hepatite, dengue, malária, tétano neonatal, difteria, sífilis congênita. Tais doenças e enfermidades "enfraquecem" o corpo e o tornam suscetível a outras infecções; em sua manifestação grave o problema "vira" doença de criança. Explica a raizeira JM:

> *A criança pode ter má nutrição, diarréia de uma hora para outra; é exatamente essa má nutrição que traz a diarréia, que enfraquece a criança, e tudo isso traz a infecção.*

Acredita-se que são a má nutrição e uma história de patologia (popular e clínica) antecedente, aliadas a um ambiente de pobreza, então, que "geram" a doença de criança. Atuando de forma sinérgica, esses fatores "enfraquecem" o corpo da criança e facilitam que a doença "pegue".

## Etiologia Popular

A etiologia popular da doença de criança é multifacetada, variando de fatores sobrenaturais a ambientais. Em seus termos, a síndrome pode ser causada por forças cosmológicas ou sobrenaturais, como "atração da lua" ou espíritos "que vagam", maléficos quando em contato com a mãe grávida ou a criança; patógenos da doença ("micróbios", "coisas sujas"); insetos vetores (moscas, mosquitos, pulgas e formigas) e parasitas intestinais (especialmente *Ascaris lumbricoides* e *Giardia lamblia*). A genética também pode desempenhar um papel causador. Dizem as pessoas que "a doença de criança está no sangue daquela família". Acredita-se também que o problema seja causado no processo de reencarnação: a criança pode nascer com a doença, o que foi programado na vida anterior.

Os comportamentos nocivos à saúde durante a gestação podem provocar a doença de criança. Entre eles está o consumo de remédios e álcool pela mãe, a experiência de emoções incontroláveis como raiva, ansiedade ou "aperreio" (estresse) ou o fato de ter tido relações sexuais com um homem "irresponsável" (infectado). A aspiração do "nascimento" (de placenta e fluidos) pelo feto durante o parto também pode levar à doença de criança.

Os fatores nutricionais da doença são o desmame precoce, a ingestão de alimento contaminado ("estragado" ou "defumado"), alimentação em horários incertos e baixa ingestão de nutrientes em virtude de falta de alimento ou anorexia. A doença de criança também pode ser causada pela falta de práticas higiênicas no cuidado da criança (como o preparo inadequado de leite em pó), "dentição" (erupção dentária) ou um sopro acidental de ar sobre a cabeça da criança.

A negligência materna não foi identificada como causa principal da doença de criança, como anteriormente relatado (Scheper-Hughes, 1984, 1985); apenas dois dos cem informantes citaram a falta de atenção materna como um fator etiológico. Em ambos os casos, a mãe está absolvida de negligência intencional: em um caso, a mãe estava distraída e a criança caiu acidentalmente, e no outro a mãe estava seriamente doente e fisicamente incapacitada de cuidar da criança.

As causas ambientais estão relacionadas principalmente com as más condições de saneamento – área de moradia e água potável contaminadas com fezes – em que as famílias são forçadas a viver. As condições climáticas também são consideradas importantes, devido à influência da tradição hipocrática no nordeste brasileiro (Harwood, 1971; Foster, 1953a; Madsen, 1967). Ventos repentinos, "maus"; sol, tempo, banho ou solo "quente"; muita neblina, tempo muito úmido ou chuvoso; água parada, não fervida e contaminada e fumaça de fogão dentro de casa são algumas das causas ambientais citadas.

## Diagnóstico e Manifestações Clínicas

O procedimento diagnóstico envolve interações entre pais, famílias e vizinhos e a variedade de curandeiros a cujos serviços se recorre (Nations & Barreto, 1996). Os diagnósticos são feitos por exame físico, percepção intuitiva de "fluidos espirituais negativos" e recebimento de presságios sobrenaturais como uma imagem mental de uma "criança-cadáver". Como a síndrome é causada por uma diversidade de agentes etiológicos, seus sinais e sintomas são variados.

Sintomas: os curandeiros tradicionais falam de sete "qualidades" ou tipos de doença de criança, embora poucos informantes nomeiem os mesmos sete (número mágico). Os mais comumente citados são: moleira funda, enterite, ataques ou convulsões, roxidão ou cianose, gritos, gemidos, quietude, choro, defecação, vômito e "de repente". Nas entrevistas, as sete "qualidades" estão associadas a 182 sintomas.

Os sintomas gastrintestinais dominam o quadro clínico na maioria dos casos. Incluem diarréia "que vem de muito longe" ou que "vem bolando há muito tempo"; diarréia "grande", "forte", "rápida", "água feia", geralmente verde e "fedorenta" ou "com pedaços amarelos". A criança tem febre, vômitos "sem parar", uma "barriga pegando fogo" com "febre intestinal", "câimbra de sangue", fezes com água sanguinolenta, fezes aquosas com "raios de sangue" e "catarro" e "espremadeira" dolorosa; barriga "fofa", "inchada" ou "dura", "crescendo" com "vermes"; estômago com sons de "ronco" e dores fortes e cólicas no "pé" da barriga. Conseqüentemente, a criança desenvolve "tripas secas" ou "delatadas" (desidratadas), boca seca e uma sede insaciável. Os olhos ficam "quebrados", "tristes", secos e "sem lágrima". Parecem os "olhos de anjo" da morte, afundados nos globos oculares como "poços profundos" e virados, olhando para Deus. Também são relatados os olhos "saindo pra fora", doloridos, recobertos por uma película branco-azulada (às vezes a "menina do olho" aumenta) e cegueira noturna. A pele fica seca, escamosa, "flácida", "frouxa", "murcha" e "levanta sozinha". A testa da criança "rija", "dura", "enrugada"

confere aparência de um "velhinho". A urina fica amarelo-escura e "presa" no corpo. As pontas dos dedos, as unhas e o pescoço ficam roxo-escuros ou pretos; sinais e manchas escuras na pele também são relatados. A fontanela "cai", "rasga", "quebra" e "desfigura", permitindo que caibam "dois dedos dentro do buraco". O crânio "se abre e parte no meio" (em forma de cruz ou de banda); em menos casos, são relatados sintomas de dores de cabeça "fortes", "apertando a cabeça", com uma fontanela "borbulhante" ou "alta" e pescoço rígido e edemaciado. A criança "perde as carnes", tornando-se "uma carcaça de pêlo e osso", e pára de crescer. Seu rosto pode ficar "fofinho", "inchado" e "redondo", com pele "descamando" e cabelo fino, sem vida, caindo com facilidade. A criança pára de comer, dormir, mamar ao peito, correr, brincar e falar. Apresenta gritos lancinantes, choro incessante, apatia lamurienta ("sem sossego") e irritabilidade, falta de energia e uma aparência "triste".

A Tabela 2 apresenta os 45 sinais e sintomas mais freqüentes de um total de 182 que curandeiros e as mães enlutadas associam com doença de criança.

Tabela 2 – 45 dos mais freqüentes sinais e sintomas associados por curandeiros tradicionais (50) e mães enlutadas (50) com a síndrome da doença de criança. Ceará, Brasil, 1990 (n=182 sintomas apresentados)

| Sinais e sintomas | % de informantes que identificam sinal(is) e sintoma(s) como o indicador "mais importante" da doença de criança |
|---|---|
| "Mole" e "sem sossego" | 92 |
| Apática, "sem coragem" | 91 |
| "Olhos ou vista quebrada" | 90 |
| "Morrendo de sede" | 88 |
| Boca seca | 86 |
| Fraqueza | 85 |
| Tripas secas, desidratada ("dilatada") | 84 |
| Diarréia freqüente como "água feia" | 84 |
| Moleira "funda", "quebrada", "rasgada", "desfigurada", "partida" | 84 |
| Olhos fundos "como uma cacimba" | 82 |
| Fezes esverdeadas com muco ("catarro") | 82 |
| Diarréia "vindo de muito longe"; "vem bolando há muito tempo" | 81 |

Tabela 2 – (continuação)

| Sinais e sintomas | % de informantes que identificam sinal(is) e sintoma(s) como o indicador "mais importante" da doença de criança |
|---|---|
| Tristeza | 78 |
| Pele descorada, pálida | 78 |
| Perda rápida de peso ("definhando", "sumindo") | 77 |
| Choro fraco, sem lágrimas | 76 |
| Sem apetite ("com fastio") | 76 |
| Febre muito alta, "queimando" | 75 |
| Fezes com mau cheiro ("merda fedida") | 75 |
| Rosto "magro", "fino" | 73 |
| Sem gordura sob a pele | 73 |
| Unhas ficam roxas | 71 |
| Falta de sono ("olhos abertos a noite toda") | 69 |
| Braços finos | 68 |
| Recusa-se a sugar o peito ("não pega no peito") | 68 |
| Pele seca, escamosa, descamando | 67 |
| Músculos subdesenvolvidos | 66 |
| Vômitos sem parar | 66 |
| Urina escura em pequeno volume ("prisão de urina") | 65 |
| Gritos agudos | 64 |
| Pele flácida ("solta", "se levanta e fica em pé") | 64 |
| Cabelo fino, sem vida; cai com facilidade | 63 |
| A criança fica roxa (cianótica) | 63 |
| Rosto envelhecido ("cara de um velhinho") | 63 |
| Pulso rápido e fraco | 61 |
| Fezes sanguinolentas (com "raios de sangue") | 60 |
| Dor de cabeça severa ("dor de cabeça pra lascar", "pra matar") | 59 |

Tabela 2 – (continuação)

| Sinais e sintomas | % de informantes que identificam sinal(is) e sintoma(s) como o indicador "mais importante" da doença de criança |
|---|---|
| Faminta ("com muito fome") | 58 |
| Barriga "inchada", "fofa" | 56 |
| Respiração sufocada ("sem fôlego") | 55 |
| Convulsões ("ataques") | 55 |
| Mãos e punhos fechados | 53 |
| Pele pálida, transparente ("ver as veias") | 51 |
| Mentalmente retardada ("abestada", "doida", "fraca da cabeça") | 51 |
| Desnutrida ("só pele e ossos") | 50 |

## Decurso Clínico

Geralmente a criança se apresenta como se estivesse "se desmanchando num rio de água", com diarréia profusa e aguada, vomitando, cólicas abdominais e irritabilidade. Dizem que a doença ataca com toda a força tanto "na cabeça como nas tripas". Os sintomas iniciais "viram" doença de criança seja dentro de 24 horas do início dos sintomas, seja depois que se passaram "três sextas-feiras" (de 15 a 21 dias) e os sintomas persistem. No primeiro caso, complicações graves – por exemplo, diarréia incontrolável ou fontanela "borbulhante" – evoluem com tal rapidez que a morte ocorre imediatamente sem nenhuma resposta significativa ao tratamento. O mau-olhado do "fim do mês", causado pelo olhar de inveja de uma mulher menstruada, projeta uma força negativa sobre a "carne" da criança, causando a morte. No segundo caso, sintomas de diarréia, febre e vômito pioram progressivamente. Perda de apetite e apatia se apresentam, bem como sinais e sintomas popularmente relacionados à desidratação e desnutrição – perda de peso, olhos fundos, moleira caída etc. O quadro clínico piora: a diarréia persiste, a desidratação é mais pronunciada, a anorexia aumenta e as infecções secundárias oportunistas – malária, meningite bacteriana, dengue, sarampo, pneumonia, bronquite – "enfraquecem" progressivamente a criança. Alguns dizem que qualquer doença que dure mais de sete dias pode "virar" doença de criança. Essa transformação é mais freqüente na criança "difícil de criar" ou adoentada. Acredita-se, então, que a doença se "instale" ou aloje no corpo. O quadro clínico piora

dramaticamente. Infecções sistêmicas múltiplas, “ataques” febris e coma são relatados. Finalmente, ocorre o dano neurológico.

### Tratamento

Em relação à doença de criança, a maior preocupação é se a criança “escapará” da doença sem dano permanente. Os pais consultam vários especialistas, realizam rituais religiosos e mágicos e administram grande variedade de remédios em busca de uma resposta e de cura. Primeiro se voltam para Deus, a Virgem Maria e Jesus Cristo, os curadores supremos no catolicismo popular brasileiro, aos quais se seguem os curandeiros – rezadeiras, entidades da umbanda como Mamãe Tutu, Pai Antônio e outros pretos velhos (espíritos de escravos africanos idosos) – e médicos (que são enviados por Deus) (Nations & Barreto, 1992). Os rituais populares incluem orações, peregrinações a cidades sagradas, oferendas de ex-votos a santos milagrosos (Della Cava, 1970) e despachos (comida, bebida, velas e incenso) para orixás. A diversificada flora e fauna do sertão semi-árido produz numerosas plantas medicinais. Para serem efetivos, todos os tratamentos devem ser iniciados prontamente. Dentro de uma média de < 2 dias a partir do começo dos sintomas, remédios caseiros (chás de ervas, arroz e água de coco) são administrados e é procurado um curandeiro (usualmente uma rezadeira) para fazer os rituais de oração. Se os sintomas não responderem aos remédios caseiros e às drogas compradas na farmácia (inclusive antibióticos) que estiverem prontamente disponíveis em áreas remotas, logo se procura a medicina clínica. Quando as prescrições culturais não forem mais efetivas e não houver marcante melhora com o ritual de oração (habitualmente uma cerimônia de três dias prolongada por nove dias ou realizada por nove rezadeiras diferentes), os esforços para buscar atendimento clínico são intensificados.

Quando a enfermidade “vira” doença de criança, muitos acreditam que nenhum curandeiro, médico ou hospital pode curá-la. Mesmo em tais situações aparentemente fatais, curandeiros e médicos continuam a ser procurados e medicamentos são administrados, sem expectativa de uma recuperação completa. Apelos à salvação são feitos a seres acima dos mortais: Deus, santos e orixás. Apenas um em cem informantes interrompeu o tratamento em função da possibilidade de haver complicações irreversíveis.

Sessenta e dois remédios caseiros para doença de criança foram identificados. Em ordem de recorrência, estão: plantas medicinais; gêneros alimentícios; líquidos ou soluções reidratantes caseiros; óleos e gorduras; produtos derivados de animais. Todas as partes das plantas – folhas, sementes, raízes,

flores, casca, óleos, frutas – são utilizadas. Uma mistura de três chás de ervas elaborada com mostarda, semente de gergelim (*Sesamun indicum* L.) e hortelã (*Mentha piperita* L.) é a prescrição fitoterápica mais comum. Outras são: malvarisco (*Coleus barbatus* L.), corama, goiaba (*Psidium guayava* L.), cidreira (*Lippia* sp.), mastruz (*Chenopodium ambrosioides* L.), couve (*Brassica oleracea* L.), arruda (*Ruta graveolens* L.), erva-doce (*Pimpinella anisum* L.), capim-santo (*Cymbopogon citratus* Stapf.), casca de laranja e alho roxo. Os gêneros alimentícios incluem: carne, gema de ovo (misturada com óleo de semente de algodão e usada como emplastro na fontanela ou no coto umbilical), cenoura, alface, mel, espinafre, mandioca, cereal e leite materno. Os líquidos e soluções reidratantes caseiras prescritos são arroz e água de coco, além de soluções de sal e açúcar. As gorduras e óleos incluem gordura de galinha e sapo cururu, óleo de mocotó, óleo de semente de algodão e girassol, azeite doce e óleo de cozinha comercial. Outros produtos derivados de animais são baratas e lagartos secos e moídos e chá feito de excremento fresco de gado ou do cordão umbilical da criança atingida, que depois de cair é secado e guardado para uso futuro no tratamento da doença de criança. As terapias são administradas em separado e em combinação (por exemplo, água de arroz com solução reidratante com sal-açúcar).

A alta taxa de mortalidade identificada faz com que os pais busquem a medicina clínica, além do curandeiro popular. Encaminhamentos ao hospital por curandeiros tradicionais é uma prática padrão; rotineiramente recomendam a internação em 24 horas depois que a doença "virou" doença de criança, para evitar a morte certa. Mesmo com a hospitalização a recuperação é remota, diz o povo, porque os médicos "não compreendem". E "Se a criança tiver sido prejudicada dentro por esta doença perigosa, nenhum médico, nem mesmo Deus, pode salvá-la!". Alguns médicos têm "sorte", entretanto, e curam; "eles conhecem a doença por diferentes nomes" ou seus pacientes foram "tratados por um curandeiro poderoso" antes do encaminhamento, e a recuperação se deve, em parte, aos efeitos residuais de seus rituais.

Produtos farmacêuticos são adquiridos em quantidade, freqüentemente sem prescrição, para tratar a doença de criança. Incluem: banhos com aspirina e álcool (febre); Elixir Paregórico e Obracinto (diarréia e cólicas abdominais), Farmacetina (cloranfenicol: antibiótico para gastrenterite), TRO (desidratação), cálcio e vitamina A ("fortificantes" para "fraqueza"), Bentil (cloridrato de dicicloverin para dor) e Benzetacil (penicilina) para pneumonia. A potência dos remédios farmacêuticos e populares é aumentada pelas orações dos curandeiros.

## Prevenção

Para impedir a disseminação da doença de criança, a criança infectada e seus pertences devem ficar em quarentena: ela brinca sozinha, dorme em uma rede à parte e se alimenta em utensílios lavados separadamente. Os restos de sua comida são jogados fora. Depois da morte, suas roupas, rede, mamadeiras e brinquedos são queimados ou enterrados. Para matar os "micróbios", é feita a desinfecção: mamadeiras, pratos e utensílios são fervidos; fraldas e roupas são passadas a ferro; álcool é adicionado à água do banho; estrume seco de gado é queimado; soluções com folhas de eucalipto e alho vermelho ou desinfetantes comerciais são usados para lavar o chão; telhas são removidas do telhado para permitir a entrada da luz do sol. Como a transmissão ocorre somente com o consentimento de Deus, santos, espíritos e orixás são apaziguados com oferendas rituais em troca de proteção. Corpos "abertos", vulneráveis, são "fechados" contra espíritos provocadores de doença (e outros agentes infectantes) por altos sacerdotes umbandistas (pai e mãe-de-santo); uma nuvem de fumaça protetora é soprada em torno do corpo da criança. Finalmente, os curandeiros aconselham as práticas redutoras de risco no cuidado das crianças para prevenir que uma doença simples "vire" doença de criança: preparar o alimento com cuidado e protegê-lo contra moscas, fumaça e cinzas; oferecer comida quente (antes de esfriar) e na hora; banhar o corpo quando "frio" de três a quatro vezes ao dia, evitando água "quente" ou parada; secar a pele cuidadosamente em seguida; proibir exposição ao sol, calor excessivo, "leite quente do peito", vento, poeira, sereno, umidade e lixo e andar no chão com pés descalços; evitar sustos, quedas e mau-olhado de pessoas invejosas ou deixar a criança sozinha; procurar curandeiros para orações e usar TRO quando as fezes começarem a ficar verdes.

## Prognóstico Popular

O prognóstico de uma criança, acredita o povo, depende mais do desejo de Deus: "Só se salvará se Deus cuidar, senão... não tem jeito". Há três desfechos da doença de criança. A criança pode morrer, sobreviver com seqüelas, particularmente por envolvimento do sistema nervoso central ou "escapar" curada sem nenhum dano. A perspectiva a curto prazo para a maioria das crianças com doença de criança é impiedosa. Os curandeiros não têm esperança quando surgem os sintomas graves: "Você pode separar a mortalha... com carne morta... olhos virados... pele solta, azul ao redor dos olhos e as pontas dos dedos pretas". Diz-se que criança está "desenganada" ou terminal. Entretanto, raramente os curandeiros abandonam o tratamento: a criança pode estar apenas "brincando", e se recuperar milagrosamente.

A morte por doença de criança ou é súbita (< 24 horas desde o início dos sintomas), sem nenhum definhamento perceptível ("morrer com todo o corpo"), ou prolongada, com fraqueza progressiva, durando muitos meses; a criança morre à míngua, literalmente "definhando". A taxa de mortes por casos é alta: "Não tem jeito, poucas escapam". A proporção exata de mortes para casos diagnosticados é desconhecida. Os curandeiros relatam uma mortalidade decrescente nos últimos anos. O dano permanente e irreversível ao sistema nervoso central deixa os sobreviventes "fracos da cabeça", "retardados", "loucos", "ansiosos", irritáveis, agressivos, violentos, epilépticos e paralíticos. Os curandeiros reconhecem a má qualidade de vida para as vítimas e as dificuldades emocionais e financeiras de suas famílias. O consenso ético afirma que é "melhor" que a criança morra do que sobreviva à doença de criança.

> *Quando é realmente doença de criança, não existe cura... É loucura tratar... deixa ela morrer. Quando não termina louca ou abestada, é totalmente inútil, sem servir para nada.*

## Discussão

A doença de criança é um fato social para famílias pobres e curandeiros brasileiros. Não só existe como é um conceito central para a compreensão da saúde das crianças no nordeste do Brasil. Os dados etnográficos oferecem um primeiro e importante esboço dessa categoria cognitiva cultural, pouco conhecida dos profissionais da saúde. Como todos os códigos, essa categoria de enfermidade comunica sentido sobre o sofrimento, as relações sociais, a ética etc. no nordeste brasileiro. Qualquer tentativa séria de dar atenção primária à saúde nessa região depende de que, antes de tudo, se compreenda o idioma leigo da doença de criança.

Mais ainda, as implicações do reconhecimento da doença de criança se estendem muito além do Brasil. Já em 1976 Bomgaars demonstrou a importância, para a medicina, das explicações que associam doenças populares a doenças clínicas. Usando medidas antropométricas padronizadas, estabeleceu que a criança popularmente conhecida como *runche* (literalmente "chorona, lamurienta") na Índia é desnutrida; a denominação popular *runche* identificava crianças de alto risco para desnutrição em segundo e terceiro graus. Mais recentemente, Mull (1991) concluiu no Paquistão que a enfermidade popular *sukkay ki bimari* ("doença da secura e da magreza" em urdu) estava associada ao marasmo clinicamente identificado. A doença de criança brasileira é citada por Mull como uma possível analogia com *sukkay ki bimari*. Os notáveis paralelos

entre as enfermidades severas da infância reconhecidas pelo povo fortalecem um axioma antropológico fundamental: pessoas comuns (neste caso, as mães) do mundo todo são especialistas (em saúde das crianças locais). Por esse motivo, a inclusão da perspectiva popular enriquece a clínica e a torna mais acurada e humana.

A doença de criança e a diarréia infantil persistente são entidades intimamente relacionadas. As similaridades começam com suas descrições gerais. A diarréia persistente é uma doença infecciosa para a qual foram isolados múltiplos agentes infectantes em fezes diarréicas (Schorling *et al.*, 1990a; Wanke, McAuliffe & Guerrant, 1996; Schorling, Souza & Guerrant, 1996; Lima *et al.*, 1991; Wanke *et al.*, 1991). A terminologia popular associada com doença de criança (por exemplo, "forte", "pesada", "contagiosa", "pega") é sugestiva de etiologia(s) infecciosa(s) virulenta(s) similar(es). O período de 14 dias que define a diarréia persistente (WHO, 1987) corresponde aos 15-21 dias em que o mau-olhado e outras enfermidades populares "viram" doença de criança. A diarréia persistente começa agudamente, mas, ao contrário da maioria dos episódios que diminuem em pouco mais de uma semana com TRO e alimentação continuada, a diarréia persiste, levando a uma progressiva deterioração do estado nutricional e geral de saúde e a um aumento significativo do risco de vida (WHO, 1987). De forma similar, a doença de criança começa como uma enfermidade popular aguda com sintomas de diarréia associados aos patógenos *Escherichia coli* e rotavírus (Nations *et al.*, 1982). Diversamente da maioria dos casos de mau-olhado ou susto que se resolvem depois de três dias de rituais e remédios (incluindo a TRO) prescritos pela rezadeira, alguns persistem além de três sextas-feiras e "viram" doença de criança. A criança "murcha" ou "se desmancha em um rio de água" e, com freqüência, morre. As descrições de doença de criança como "uma diarréia que vem de muito longe", "uma diarréia que vem bolando há muito tempo", "enterite", "dilatação" (desidratação)", "vermes" e "dengue" também sugerem problemas análogos. A doença de criança "do fim do mês", que mata em 24 horas, e suas seqüelas mentais podem ser razoavelmente associadas a doenças entérico-relacionadas, especialmente diarréias por *Vibrio colera*, Etec, *Shigella* e rotavírus, além de desnutrição ou desidratação, respectivamente. As descrições de sintomas da diarréia persistente – defecações líquidas prolongadas (Ebrahim, 1990), com muco e sangue (Ebrahim, 1990; Shahid *et al.*, 1988), perda rápida de peso (Ebrahim, 1990), eliminações (Ebrahim, 1990) e deficiência de vitamina A (Wanke *et al.*, 1992; Shahid *et al.*, 1988) – são semelhantes para a doença de criança, embora sejam expressas em uma rica terminologia popular (por exemplo, "cachoeira de diarréia que não tem fim", "fezes repulsivas e quentes", "a carne sumindo", "só pele e osso", "olhos virados" etc.).

A epidemiologia das duas é similar. A idade foi identificada como um fator de risco particularmente importante para a diarréia persistente (WHO, 1987; Ebrahim, 1990; Shahid *et al.*, 1988), embora o real efeito da idade sobre a duração da diarréia não esteja claro (Schorling, Souza & Guerrant, 1996). Nas favelas do nordeste brasileiro, tanto os episódios (2,2) de diarréia persistente quanto a sua maior duração (65,6 dias) ocorrem principalmente entre os 19 e os 24 meses de idade, e as crianças continuam adoecendo gravemente até os 49-60 meses de idade (Schorling *et al.*, 1990a). A idade de maior incidência, entre 0 e 7 anos, para a doença de criança também é similar. Enquanto as enfermidades diarréicas agudas alcançam seu pico em outubro, fevereiro e julho no nordeste do Brasil, a diarréia persistente varia apenas levemente por estação (Schorling *et al.*, 1990a). Similarmente, a doença de criança está vinculada a condições climáticas, mas não foi identificado nenhum padrão sazonal claro a ela relacionado.

Dois fatores de risco principais para a diarréia persistente são a desnutrição e uma história de infecção prévia, seja diarréia aguda ou persistente, ou uma infecção não entérica como sarampo (Wanke, McAuliffe & Guerrant, 1996; Schorling, Souza & Guerrant, 1996; Lima *et al.*, 1991; WHO, 1987; Ebrahim, 1990; Shahid *et al.*, 1988; Black, Brown & Becker, 1984). No Brasil, a desnutrição predispõe tanto à incidência como à maior duração da diarréia (WHO, 1987; Schorling *et al.*, 1990b). A falta de aleitamento materno aumenta o risco de diarréia persistente (Shahid *et al.*, 1988), que é mais alto no primeiro mês de introdução de leite animal (WHO, 1987; Ebrahim, 1990). A infecção prévia também aumenta o risco de diarréia persistente (WHO, 1987). No nordeste brasileiro, a ocorrência de um único episódio de diarréia persistente pode definir que as crianças correm risco de ter enfermidade diarréica em episódios repetidos e intensos. Uma proporção relativamente pequena de crianças adoentadas sofre diarréia prolongada (Schorling *et al.*, 1990a; McAuliffe *et al.*, 1986). A diarréia persistente se apresenta simultaneamente com infecções sistêmicas (Wanke, McAuliffe & Guerrant, 1996; Schorling, Souza & Guerrant, 1992), deficiência de vitamina A (Wanke, McAuliffe & Guerrant, 1992; Shahid *et al.*, 1988) e outras, o que dificulta seu tratamento clínico. Sarampo, otite, infecções do trato urinário, bacteremias e infecções respiratórias foram associados com diarréia persistente (Wanke, McAuliffe & Guerrant, 1996).

Fatores de risco similares são identificados para a doença de criança. Uma relação de risco entre desmame e doença de criança está implícita quando os curandeiros dizem que "a criança que não mama no peito não recebe o sangue de sua mãe; ela morre". A "fraqueza" corresponde à desnutrição no nordeste do Brasil (Nations & Rebhun, 1988a) e é identificada como o fator de

risco mais importante para doença de criança. "A carne some" das crianças alimentadas com farinha de mandioca de baixo teor protéico e água de arroz, e a doença de criança as "pega". Afecções anteriores – mau-olhado, susto etc. – primeiro "enfraquecem" a criança, facilitando a infecção. A imunossupressão está presente no conceito dos curandeiros sobre a latência da doença de criança: ela "dorme no corpo, reaparecendo em sete dias, sete semanas e sete meses"; o paciente em alto risco de ter diarréia persistente corresponde à "criança difícil de criar" dos curandeiros. Assim como a diarréia persistente, a doença de criança também é uma síndrome de doenças, que tem sete "qualidades" diferentes e 182 sintomas.

Não foi isolado nenhum agente etiológico único, nem para a diarréia persistente nem para a doença de criança. Em uma favela de Fortaleza, 73% das crianças < 5 anos com diarréia persistente tinham > 3 patógenos potenciais (Wanke *et al.*, 1986) sem nenhum agente etiológico único (Schorling *et al.*, 1990a). Provavelmente a diarréia persistente está relacionada a múltiplos agentes ou a colônias de *E. coli* aderente ou *Cryptosporidium*. "As complexas interações entre hospedeiro, agentes infecciosos e o meio ambiente" são mais relevantes para a compreensão da doença do que a identificação de um único agente ou "a descoberta das contribuições relativas desses fatores para a etiologia e a patogênese desse problema" (Schorling *et al.*, 1990a). A doença de criança também é atribuída a fatores múltiplos e sinérgicos e, em ambos os casos, mais de um agente único – isto é, espíritos, "micróbios", desnutrição e ventos – estão envolvidos. A gênese da doença é comandada tanto por uma sócio-lógica como por uma bio-lógica restrita.

Podem também ser feitas analogias no tratamento e no prognóstico. Como nenhum medicamento comprovou ser, isoladamente, efetivo contra a diarréia persistente, a manutenção da hidratação e da nutrição constitui o tratamento recomendado enquanto o dano intestinal é reparado (Ebrahim, 1990). São prescritos proteína, amidos, óleos vegetais comestíveis e solução de reidratação oral (SRO), bem como são adicionadas vitaminas e sais minerais à dieta para compensar as perdas devidas à má absorção e reparar a mucosa intestinal (WHO, 1987). As terapias populares para doença de criança incluem esses elementos. O mau uso de medicamentos antimotilidade e antibióticos em casos agudos de diarréia foi identificado como um potencial fator de precipitação da diarréia persistente, bem como seu uso pode provocar mudanças na fisiologia intestinal e selecionar a resistência da *Shigella* e da *E. coli* (WHO, 1987; Ebrahim, 1990; Shahid *et al.*, 1985, 1988; Murray *et al.*, 1985; Farrar, 1985). De forma semelhante, sabe-se que o uso intenso de remédios populares e medicamentos antes e depois que o mal "vire" doença de criança pode agravá-lo,

em vez de curá-lo. Uma alta taxa de casos de morte está associada com diarréia persistente (14% em crianças < 5 anos) (WHO, 1987). As reduzidas chances de "escapar" da doença de criança são um reconhecimento popular análogo à alta taxa de casos de morte; o encaminhamento para hospitais e a busca de curas milagrosas são outras evidências de um sentimento popular de morte iminente.

## Um Paradigma para, e não de, Diarréia Persistente

Não existe nenhum encaixe perfeito entre uma enfermidade popular específica e uma doença clínica; as duas estão baseadas em diferentes visões de mundo e simbologias (Loyola, 1984). A doença de criança não é um paradigma da diarréia persistente: é mais. A conceitualização de doença de criança dos curandeiros brasileiros oferece sugestões práticas aos pesquisadores da área médica para o manejo das complexas síndromes de diarréia persistente, desnutrição e doenças infecciosas relacionadas:

1. A "criança difícil de criar" pode ser identificada em comunidades para se promover avaliação nutricional e suplementação alimentar a fim de reduzir o risco de diarréia persistente e romper seu ciclo de desnutrição.

2. Os profissionais da saúde podem produzir um histórico dos sintomas baseado em uma terminologia associada à doença de criança familiar aos pais pobres, melhorando, com isso, a comunicação clínica a respeito da diarréia persistente e das doenças infecciosas relacionadas.

3. Os planos de tratamento recomendados para a diarréia persistente podem ser explicados com referência às quatro fases clínicas reconhecidas da doença de criança (ou seja, administrar TRO quando a diarréia provocada por mau-olhado começa, antes que a enfermidade "vire" doença de criança e "se instale"). Como conseqüência, espera-se que haja melhor entendimento do processo mórbido da diarréia persistente e adesão às terapias prescritas.

4. Os curandeiros amplamente procurados pelo povo para tratar as enfermidades diarréicas agudas podem ser efetivamente envolvidos em protocolos de atendimento precoce da diarréia persistente. Sua participação ativa garantirá o início precoce da reidratação e do apoio nutricional sob supervisão doméstica.

5. Novas estratégias para o controle da diarréia persistente podem ser habilmente integradas aos rituais populares de cura para doença de criança e imbuídas de uma simbologia relevante para os sistemas locais de crenças ligadas à saúde. Espera-se que ocorra melhor internalização dos códigos e da

linguagem ligada à diarréia persistente por parte de pais pobres (muitos analfabetos).

6. A composição das terapias caseiras para diarréia persistente pode ser baseada em remédios correntemente usados para doença de criança, recorrendo-se aos sabores locais, bem como às percepções e preferências alimentares. Espera-se que a adoção de receitas culturalmente ajustadas estimule a ingestão de remédios pelas crianças doentes e melhore sua aceitação por parte dos cuidadores.

7. A prevenção da diarréia persistente pela introdução de práticas caseiras menos arriscadas de cuidado das crianças pode ser reforçada pelo estabelecimento de analogias com conceitos nativos de prevenção (por exemplo, "fechar o corpo").

8. A conduta e os códigos éticos dos profissionais em relação à diarréia persistente em países em desenvolvimento podem ser formatados com base em normas ligadas à doença de criança existentes na comunidade.

9. O encaminhamento eficiente de pacientes com doença de criança das localidades rurais e favelas urbanas para hospitais pediátricos pode reduzir a alta taxa de casos de morte devida à diarréia persistente; será necessário modificar a crença popular de que a doença de criança "não tem jeito" ou é terminal, mediante esforços de educação em saúde voltados para os cuidadores e os curandeiros tradicionais.

Mais importante, talvez, do que uma lista de dicas práticas e culturalmente moldadas de manejo seja o fato de que a doença de criança oferece aos estudiosos um novo e convincente paradigma para o estudo futuro da diarréia persistente. Um modelo holístico de doenças graves em crianças, a doença de criança reflete a realidade tanto patológica (por exemplo, infecções múltiplas e sinérgicas) como socioeconômica (por exemplo, pobreza extrema) de bebês e crianças infectadas no nordeste brasileiro de forma mais acurada do que o modelo clínico clássico de doença. A maior parte dos estudos de diarréia persistente está baseada no modelo biomédico clássico – um paradigma reducionista e centrado nos órgãos –, o qual tem sido a base do pensamento científico moderno desde que o filósofo e matemático René Descartes introduziu seu modelo mecânico de funcionamento do universo (Engels, 1977). Seguindo o rígido modelo cartesiano, a ciência progressivamente restringiu seus estudos dos órgãos do corpo e suas funções às células e, finalmente, às moléculas. Os especialistas em diarréia examinam unidades cada vez menores do trato gastrintestinal – células epiteliais da mucosa intestinal em mau funcionamento – até chegarem ao nível subcelular ou mesmo intercelular. Estudar a criança com diarréia é incomum (Schorling, Souza & Guerrant, 1996; Schorling, 1996).

Em comparação, os curandeiros brasileiros colocam a criança em primeiro lugar, antes do intestino doente e das células epiteliais com má absorção. Quando um episódio de diarréia aguda "vira" doença de criança, ocorre uma mudança significativa no paradigma analítico clínico. Os curandeiros deixam de tratar de doenças específicas (por exemplo, mau-olhado, susto, diarréia). E redefinem a condição, atribuindo-lhe outro nome – doença de criança. Como o novo rótulo – doença da criança – literalmente implica, o objeto da expressão é, agora, a criança; ela se torna o centro das preocupações. Os curandeiros se afastam de um interesse estreitamente focado em um sintoma ou doença específica, para um enquadramento com um "ângulo ampliado" da multiplicidade de doenças – de uma possessão espiritual a uma diarréia persistente – que atuam sinergicamente e matam. A nova síndrome é definida de acordo com a severidade dos sintomas e a probabilidade de sobrevivência. A síndrome da doença de criança agrupa uma miríade de doenças clínicas em suas manifestações mais severas (como diarréia > 14 dias; desidratação em terceiro grau; severa desnutrição protéico-calórica) em uma única categoria entrelaçada e não redutível. Esse agrupamento representa detalhadamente o hospedeiro central: interações de doenças, enfermidade terminal e processo de morte de crianças pobres do nordeste brasileiro que fenecem por infecções múltiplas em um cenário de desnutrição, pobreza e falta de acesso a hospitais.

Os cientistas têm se frustrado em seus estudos sobre a diarréia persistente. Nenhum organismo único foi isolado nem se comprovou que algum medicamento específico seja efetivo contra as infecções diarréicas crônicas. Novos aspectos merecem considerações sérias. Seria o impasse atual devido mais ao desajuste de um modelo etiológico simplista para interpretar a natureza multidimensional e sistêmica da diarréia persistente do que a um fracasso dos cientistas em isolar um agente infeccioso responsável? Nesse sentido, Fritjof Capra (1982) afirma que o modelo biomédico está em crise. O rígido modelo cartesiano de Descartes não se ajusta à natureza complexa e desorganizada das doenças diarréicas nos países em desenvolvimento. O gabarito conceitual adotado pela medicina não corresponde mais à realidade nem caracteriza o problema, o qual se dissemina em território novo e não mapeado: nutrição, fatores de risco comportamental, ética, espiritualidade etc. Como disse Kuhn na *Estrutura das Revoluções Científicas* (1970), é necessária uma mudança nos paradigmas. Resolver a crise exigirá a adoção de um novo modelo ou de novos modelos.

Quando o pai-de-santo chega a um impasse análogo em seus "trabalhos", ele vai até as encruzilhadas à meia-noite para buscar uma "luz" (inspiração). Lá, ritualmente "abrem-se o caminhos" para novas experiências e visões. Vida e

morte, pessoas e espíritos, demônios e santos se encontram e lutam nas encruzilhadas, produzindo fricção e energia que "ilumina o caminho" e leva da escuridão a uma nova consciência. Os curandeiros também sugerem, via paradigma da doença de criança, que é nas encruzilhadas que se entrecruzam forças biológicas, psicológicas, socioculturais, ambientais e espirituais divergentes e que a compreensão (da criança e da sua condição de saúde e humana) é encontrada. Ampliando a analogia, o paradigma holístico dos curandeiros brasileiros pode dar uma "luz", revelando por que a diarréia persiste e mata, e "abrir caminhos" para futuras investigações sobre a diarréia persistente.

## Nota

1 Originalmente publicado como "The child's disease (doença de criança): popular paradigm of persistent diarrhea?" em *Acta Pædiatrica,* suppl. 381: 55-65, 1992.

# 4

# Ação Comunitária

## Mistificação de uma Solução Simples: a terapia de reidratação oral no nordeste do Brasil

**Marilyn Nations e Linda-Anne Rebhun**

A desidratação diarréica é uma das principais causas de morte de crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento. Estima-se que 75 milhões de crianças sofram de diarréia por ano; as mortes são estimadas entre três milhões (Malahanabis, 1983) e 18 milhões (Rohde & Northrup, 1976) por ano. A doença é considerada responsável por algo entre um quarto e metade de todas as mortes de crianças com menos de 4 anos de idade (Hirshhorn, 1982). Além disso, a diarréia e a desidratação e desnutrição concomitantes exercem importante influência sobre o crescimento e o desenvolvimento daquelas crianças que sobrevivem (Rosenberg *et al.*, 1977). Embora a prevenção da diarréia em si seja um complexo problema político, econômico e social, diversos estudos demonstraram que as mortes por diarréia são facilmente preveníveis com a terapia de reidratação oral (TRO), um processo simples pelo qual as crianças doentes recebem uma solução de água, açúcar e sal para repor os fluidos e eletrólitos corporais perdidos na diarréia e evitar a mortal desidratação. Apesar de sua simplicidade e economia, e apesar de uma forte campanha promocional da Organização Mundial da Saúde (OMS) em favor da TRO, o tratamento continua indisponível em muitas partes do mundo, com resultados trágicos. Nosso trabalho no nordeste brasileiro sugere que o problema do acesso à TRO é complicado por fatores sociais, políticos e econômicos.

O acesso de um indivíduo a um recurso deve-se parcialmente à disponibilidade do recurso em sua região e parcialmente à sua capacidade de usá-lo.

Na localidade rural de Pacatuba, Brasil, e em comunidades semelhantes, o acesso à TRO é controlado em grande parte pela comunidade médica, embora tenha sido demonstrado que a solução pode ser facilmente preparada e administrada por pessoas leigas em casa (Church, 1972; Cutting, 1977; Cutting & Langmuir, 1980; Egeman & Bertan, 1980; Nations, 1983; Pondayl & Thapa, 1980; Thane-Toe *et. al,* 1984). Em Pacatuba acredita-se que a TRO só pode ser administrada por médicos. Em seu controle do acesso a essa tecnologia doadora de vida, os médicos se comportam como padres que administram a vida e a morte de crianças pobres. Portanto, acreditamos que o acesso à TRO em Pacatuba é mais bem analisado com o recurso a teorias antropológicas sobre ritual, à noção de construção social da realidade e ao conceito de mistificação.

Nossa hipótese é que a administração de TRO em Pacatuba é um processo ritualizado, e que essa ritualização é utilizada pelo pessoal médico que se sente ameaçado pelas implicações sociais e políticas do tratamento. A TRO tende a desautorizar algumas das ficções sociais subjacentes à estrutura de classes e ao *status* dos médicos no nordeste do Brasil. Depois de uma discussão sobre TRO e uma descrição de Pacatuba, rumaremos para uma exploração da ritualização da TRO no nordeste brasileiro. Finalmente, discutiremos nossos próprios esforços para desmistificar a TRO e colocá-la nas mãos das famílias pobres e dos curandeiros tradicionais.

## Terapia de Reidratação Oral

A diarréia é causada por diversos micróbios e parasitas. Como a maioria de suas formas é causada por organismos que vivem na água, é considerada um problema vinculado à água, e as pessoas que bebem água suja ou a usam para se lavar ou a seus utensílios estão sob risco (Cutting & Hawkins, 1982). A freqüência relativa da diarréia em uma população está intimamente relacionada ao tipo de serviço de saneamento disponível. Como a vasta maioria das populações do Terceiro Mundo não conta com serviços de saneamento suficientes ou suprimento de água limpa, as taxas de diarréia são altas. Embora a diarréia seja freqüentemente tratada na literatura médica como um fenômeno puramente fisiológico, suas origens são tanto sociais como fisiológicas, pois as condições de vida que a originam e perpetuam são socialmente determinadas. Obviamente, a melhor solução para o problema é social e política: a erradicação da pobreza em si. A discussão desse amplo problema está além do âmbito deste artigo; aqui, nossa preocupação é com outro tipo de solução, a solução de reidratação oral (SRO). A SRO pode ser usada para manter as crianças vivas enquanto

são promovidas mudanças políticas e econômicas; afirmamos que a capacidade de usá-la pode ajudar no processo de mudança sociopolítica, mediante a destruição de alguns dos mitos que subjazem a essa estrutura.

A TRO foi descoberta na Inglaterra na década de 1830, embora a importância do açúcar na solução não tenha sido determinada até a década de 1960 (Parker *et al.*, 1980): a glicose aumenta significativamente a capacidade do corpo de absorver fluidos (Morello, 1983). Na década de 1970, especialmente na epidemia de cólera em Bangladesh em 1971, a utilidade da TRO no tratamento da desidratação por diarréia foi conclusivamente demonstrada. *Lancet* definiu a TRO como "potencialmente o mais importante avanço médico deste século" (Morello, 1983). A idéia é simples: repor os fluidos e os eletrólitos perdidos durante a diarréia; manter o paciente vivo sem tentar curar a diarréia em si. O tratamento é administrado na forma de SRO, consistindo de água com sal e açúcar adicionados. A SRO é oferecida continuamente ao paciente durante o episódio de diarréia, prevenindo a necessidade de reidratação intravenosa (IV), que é uma terapia efetiva. A taxa de mortalidade por diarréia em populações hospitalizadas caiu abaixo de 1% devido à reidratação IV. Entretanto, é cara e necessariamente restrita ao uso em hospitais por pessoal qualificado, enquanto a TRO pode ser preparada e administrada em casa, sem necessidade de hospitalização (Parker *et al.*, 1980). A combinação ótima de eletrólitos na SRO é motivo de algum debate, mas há concordância a respeito de sua composição geral. A OMS promove o uso de um pó envelopado contendo cloreto de sódio, bicarbonato de sódio, cloreto de potássio e glicose em proporções apropriadas, pronto para ser misturado com água e usado (Parker *et al.*, 1980). Essa solução é efetiva e pode ser usada pelas mães em casa (Ellerbrock, 1979; Harland *et al.*, 1981; Melamed & Segall, 1978; Moran, 1976; Nations *et al.*, 1986; Pizarro *et al.*, 1979; Shields *et al.*, 1981). Alguns planejadores afirmaram ser possível que as mães preparem uma SRO aceitável em casa usando sal de mesa e açúcar comum com instruções adequadas (Clements *et al.*, 1980; Harland *et al.*, 1981; Kielman *et al.*, 1977; Shields *et al.*, 1981) e que, em alguns casos, isso é preferível (Nations, 1982). Descobriu-se que mesmo açúcar mascavo bruto disponível localmente, como *lobon-gur* em Bangladesh, é efetivo em tais soluções (Sack, 1980). Embora na SRO caseira não se utilize o bicarbonato de sódio e o cloreto de potássio, medidas precisas são possíveis mesmo nos lares mais pobres com o uso de garrafas de 1 litro de refrigerante (ou outros recipientes) prontamente disponíveis para medir a água e tampas de garrafa para medir o sal (1 tampa rasa) e o açúcar (7-8 tampas cheias). A SRO caseira tem a vantagem de ser menos cara que a SRO da OMS e, devido ao seu preparo doméstico, mais acessível às mães pobres.

Além disso, o preparo caseiro da SRO evita o problema da falta de suprimento dos envelopes preparados. Especialistas em saúde pública estimam que sejam necessários seis envelopes por ano por criança menor de 5 anos de idade para barrar as mortes por desidratação; isso soma 2,4 bilhões de envelopes por ano, se a República Popular da China for excluída do total. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) produz algo em torno de 24 milhões de envelopes por ano – menos da metade da demanda do Egito (Parker *et al.*, 1980). Há também o problema do custo: a produção de cada envelope custa aproximadamente U$ 0,08. Parece pouco, mas multiplicado pelos sessenta milhões de envelopes de que o Egito precisa, o custo torna-se proibitivo. Se as famílias e os curandeiros tradicionais produzirem sua própria SRO em casa, a pressão sobre o Unicef para produzir e sobre os governos locais para adquirir os envelopes será consideravelmente reduzida (Parker *et al.*, 1980). A produção domiciliar tem a vantagem adicional de criar autonomia e estimular a auto-suficiência.

Apesar dos debates sobre detalhes na composição da fórmula, hoje a TRO é unanimemente aceita pela comunidade de saúde internacional e ativamente promovida pela OMS. Sua base científica está bem fundamentada (Parker *et al.*, 1980; Hirshhorn *et al.*, 1983) e sua capacidade de salvar vidas tem sido convincentemente demonstrada. É de baixo custo e de baixa tecnologia e, teoricamente, isso deveria torná-la acessível às famílias destituídas que vivem em locais isolados, cujos filhos são o maior contingente daquelas que morrem por diarréia. Contudo, como veremos, muito freqüentemente o tratamento não chega às pessoas pobres para as quais foi concebido.

## Metodologia

Este ensaio está baseado em informações coletadas durante três períodos de trabalho de campo intensivo na localidade rural de Pacatuba e na favela urbana de Gonçalves Dias, em Fortaleza, Ceará, entre 1979 e 1986. Embora tanto métodos qualitativos como quantitativos tenham sido usados, o ensaio fundamenta-se principalmente nos dados qualitativos e enfatiza a situação em Pacatuba, já que as observações em Gonçalves Dias ainda estavam em estágio preliminar na época em que este artigo foi originalmente publicado. Foram utilizados os métodos antropológicos de observação participante e entrevistas intensivas com informantes-chave, incluindo curandeiros tradicionais, profissionais do serviço de pediatria e mães. O objetivo foi captar os problemas do adoecimento e da morte infantil através do olhar daqueles que sofrem suas

trágicas conseqüências. Além disso, foram utilizados entrevistas e levantamentos formais para coletar dados quantitativos, juntamente com análises laboratoriais e exame clínico pelos médicos do projeto. As observações foram realizadas em uma grande diversidade de ambientes, incluindo moradias rurais e urbanas pobres, "quartinhos de cura" de curandeiros tradicionais, centros urbanos de reidratação, clínicas urbanas e rurais, hospitais pediátricos e sessões de treinamento em TRO de âmbito nacional e estadual para profissionais da saúde.

## Localização do Projeto

Esta pesquisa foi realizada fundamentalmente em Pacatuba, uma pequena cidade (sete mil habitantes) próxima a Fortaleza, capital estadual em rápida expansão (1,8 milhão de habitantes), e ampliada para observações na favela urbana chamada Gonçalves Dias e em unidades médicas da capital. Tanto Fortaleza como Pacatuba estão localizadas no empobrecido nordeste brasileiro. Fortaleza é uma cidade próspera onde os turistas ricos se divertem em praias mundialmente famosas à vista de miseráveis favelas; Pacatuba, sob influência da cidade adjacente, evoluiu de um lugarejo isolado e homogêneo de lavradores de subsistência para uma comunidade estratificada com três bairros distintos. Os "mais ricos" vivem no centro da cidade e trabalham como comerciantes, funcionários públicos e professores. Têm acesso a comodidades como a luz elétrica, e a bens como automóveis, televisores, fogões e refrigeradores. A contaminação fecal é baixa; os moradores dispõem de água encanada e sanitários com descarga. Trabalhadores migrantes assalariados vivem em um bairro intermediário, em modernização, de onde os homens devem viajar até bairros distantes em construção. Cães e rebanhos de animais perambulam nas ruas, vagando por um labirinto de casas de adobe e reboco grudadas umas nas outras. Poucos bens e serviços são acessíveis. A água de uma torneira comunitária é contaminada e as fezes são depositadas em fossas sépticas. Os mais pobres de Pacatuba são lavradores e meeiros que lutam para plantar feijão, arroz e mandioca que mal os sustentam. Vivem em uma área isolada onde casas de adobe sem pintura não têm luz elétrica, fogões, pias, fossas sépticas e nem mesmo piso. Os excrementos humanos e animais que não são comidos por porcos e cães escorrem para um riacho próximo de onde as famílias retiram água altamente contaminada para beber, tomar banho e lavar roupa (Nations *et al.*, 1988).

A taxa de mortalidade infantil em Pacatuba era de 106 por mil crianças de menos de 1 ano nascidas vivas em 1980 (Nations *et al.*, 1986), sendo que

algo como 50% das mortes deviam-se a diarréia e desidratação (Guerrant *et al.*, 1983). As condições em Gonçalves Dias são semelhantes, se não piores. Das 244 crianças nascidas em 43 famílias lá estudadas, 60 ou 24,6% haviam morrido em 1983, resultando em uma trágica média de 1,4 morte de criança por família (Guerrant, McAuliffe & Souza, 1996). A triste verdade é que essas são estimativas baixas; muitas mortes não são registradas, e as mães em nossas amostras ainda não chegaram ao fim de seus anos férteis.

Apesar de um programa nacional de TRO, o acesso a esse tratamento é muito limitado no nordeste brasileiro assolado pela seca. Em 1978, quando nosso projeto começou, somente os caros envelopes comercializados de SRO estavam disponíveis nas farmácias locais. Os bebês desidratados de famílias pobres eram tratados em casa com remédios tradicionais ou, em casos severos, levados para hospitais ou centros de reidratação distantes para reidratação IV. A TRO não era distribuída em comunidades rurais até 1982, quando se iniciou o Programa Brasileiro Nacional de Controle das Doenças Diarréicas. Desde então, o acesso à TRO continua problemático; o tratamento raramente chega às crianças mais pobres, mais marginalizadas e mais doentes, apesar dos bem-intencionados esforços nacionais. Parte da dificuldade, de acordo com uma avaliação do Ministério da Saúde, deve-se à resistência dos profissionais médicos à TRO, a deficiências na atenção primária à saúde e na infra-estrutura de informações, à falta de profissionais treinados, à distribuição irregular dos sais de SRO e à grande extensão da população e da área geográfica abrangidas pelo programa (Nations *et al.*, 1988). Além disso, o treinamento em TRO patrocinado pelo governo é reservado exclusivamente a profissionais da saúde em instituições, e a distribuição de envelopes gratuitos de TRO fica sob seu controle. Os manuais, pôsteres, panfletos e material audiovisual fornecidos pelo programa chegam esporadicamente (quando chegam) às áreas rurais, e com freqüência são ininteligíveis para pessoas analfabetas. Por esses motivos, a mensagem da TRO não conseguiu chegar às mães pobres (Nations *et al.*, 1988).

As famílias de Pacatuba podem escolher entre uma grande variedade de praticantes da medicina, incluindo médicos, farmacêuticos, raizeiros, “médicos populares” e curandeiros religiosos de todas as crenças. Os serviços dos médicos freqüentemente são difíceis de obter. Embora estejam registrados quatro médicos para receber pacientes, apenas um oferece atendimento regularmente: atende quatro manhãs por semana e só recebe pacientes oriundos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), o plano nacional de atendimento à saúde disponível aos que têm emprego fixo. Também há dois médicos que atendem pacientes particulares duas vezes por semana, e dez consultas gratuitas são (teoricamente) disponibilizadas semanalmente (Nations *et*

*al.*, 1986). Não existem serviços de puericultura, parto ou pré-natal disponíveis na localidade, a vacinação é limitada a determinados dias e os suprimentos de vacina são esporádicos e estão sujeitos a deterioração (Nations *et al.*, 1986).

Em comparação, curandeiros tradicionais sempre podem ser encontrados. Esse grupo inclui as rezadeiras, mulheres católicas que rezam e utilizam as orações e o poder que receberam de Deus ou de um curandeiro mais velho em combinação com chás de ervas; os umbandistas, que tratam a diarréia quando estão possuídos por guias espirituais ou pelos orixás; os espíritas, que aderem aos ensinamentos do médico espírita francês Alan Kardec e também usam o transe para diagnosticar e tratar doenças; os raizeiros, que tratam com chás medicinais e medicamentos modernos; os "médicos" leigos, que adquirem suas habilidades de revistas populares, anúncios de medicamentos, televisão e outros; e os balconistas das farmácias que fornecem orientações, remédios, primeiros socorros e até mesmo fazem abortos ilegais.

A proporção de médicos para pacientes é de 1: 2.000 em Pacatuba; a proporção de curandeiros tradicionais para pacientes é de 1: 150. Os curandeiros estão à disposição o tempo todo, e sua maioria aceita uma pequena, ou mesmo nenhuma, quantia como pagamento por seus serviços. Também são fisicamente mais acessíveis às pessoas mais pobres; enquanto 100% dos serviços clínicos estão concentrados no centro relativamente mais desenvolvido da cidade, 71% dos curandeiros vivem e atuam nos bairros mais pobres onde as taxas de ataque de diarréia estão acima de nove episódios anuais por criança. A proporção de curandeiros para pacientes é ainda mais alta em Gonçalves Dias do que em Pacatuba. Na cidade, os curandeiros, embora haja maior variedade deles e alguns tenham um horário limitado e exijam pagamento (Press, 1971), geralmente são similares aos que atuam nos lugarejos.

Em ambos os locais as mães preferem os curandeiros: 76,9% procuram primeiro por eles quando seus filhos ficam doentes (Nations *et al.*, 1986). A TRO poderia salvar a vida de muitas das crianças que morrem em Pacatuba e Gonçalves Dias. Embora pudessem, se soubessem como, preparar a SRO em casa para seus filhos, as famílias têm que fazer um enorme esforço, caminhar longas distâncias e esperar horas na fila, pagando com dinheiro que mal conseguem para adquirir o produto para seus filhos. Ainda assim, com muita freqüência, são vencidos pelas dificuldades e trazem seus filhos para morrer em casa. A pergunta é "Por que se permite que essa tragédia ocorra?". A falta de acesso à TRO se deve à resistência da comunidade de saúde internacional, das mães e curandeiros, ou dos médicos? A comunidade da saúde internacional tem promovido ativamente a TRO em todo o mundo, e nossos dados mostram um grande nível de interesse por essa terapia por parte de mães e curandeiros

e um desejo de se sacrificar para consegui-la (Nations & Rebhun, 1988a). A resistência vem de parte das organizações médicas cujas complexas motivações constituem o assunto da próxima seção.

## Realidade, Ritual e Mistificação

De acordo com Edmund Leach (1966), existem três tipos de comportamentos: o técnico-racional, aquele direcionado para fins específicos e produtor de resultados observáveis por meios mecânicos; o comunicativo, aquele que tem uma função de sinalização; e o mágico ou religioso, que funciona dentro das convenções culturais, mas não para um funcionamento técnico-racional. Leach apresenta os exemplos do corte de uma árvore, do aperto de mãos e da promessa para ilustrar os três tipos de comportamento, sendo que o segundo e o terceiro tipos constituem comportamentos rituais (Turner, 1968). Postulamos que a administração da TRO no nordeste do Brasil é caracterizada por rituais que são potentes tanto em termos comunicativos como culturais. Embora os rituais sejam usualmente vinculados ao contexto religioso, também é possível falar de um ritual secular – qualquer comportamento cerimonioso, reiterado, comunicativo e não racional, com o qual se procura controlar algum aspecto da vida social ou conferir autoridade ou legitimidade a uma pessoa, a pessoas ou a uma idéia em particular (Moore & Myerhoff, 1977).

Os rituais propagam e moldam idéias culturais, estruturando o modo como as pessoas pensam sobre a vida social (Leach, 1966; Geertz, 1973; Turner, 1967, 1969). Caracterizam-se por atos e gestos estilizados, palavras de consagração e ações simbólicas (Turner, 1968). Os rituais são repetitivos, demonstram ordem e têm estágios evocativos. Também encerram uma dimensão coletiva, uma mensagem social (Moore & Myerhoff, 1977). Claude Lévi-Strauss (1966) via o ritual literalmente como uma linguagem que condensa idéias complexas em mensagens compactas. Mary Douglas (1973) referia-se ao ritual como um "código restrito" que comunica mensagens sociais e sustenta a ordem social mediante a comunicação de mensagens de controle.

Eugene Hammel (1964) postulou que a cultura em si é um sistema de comunicação e que o conteúdo dessa comunicação refere-se amplamente ao *status* relativo daqueles que a compartilham. Quanto mais complexa a cultura, mais complexa sua estrutura de *status* e mais complexos seus métodos de comunicar este *status* (Hammel, 1964). Leach (1968) afirma que é pelo ritual que os *status* são comunicados; os rituais servem para enfatizar distinções sociais mediante a dramatização. Um ritual é como um comando, por se constituir em um

ato pelo qual um ator afirma sua autoridade sobre outro ator, seja pela invocação de uma força metafísica (Leach, 1968), seja pela dramatização do valor moral do *status quo*. O objetivo do ritual é instilar verdades axiomáticas na mente das pessoas, os termos básicos segundo os quais os membros de uma cultura interagem, e as categorias básicas pelas quais a realidade é percebida. Assim, o ritual apresenta modelos para a interação social e modelos de realidade (Turner, 1968).

Atualmente, é consensual na antropologia que cada sociedade "constrói" sua própria realidade (Berger & Luckman, 1966). A teoria da construção social, originada do existencialismo, postula que aquilo a que os seres humanos reagem não é a realidade em si, mas sim uma realidade percebida. A percepção é um processo psicológico tão afetado pelas expectativas de quem percebe quanto pelas capacidades físicas de seu aparelho sensório. Há três conceitos básicos na teoria da construção social: a realidade percebida é uma construção humana; a criação de instituições ajuda a desconectar a realidade criada de seus criadores; durante a socialização, os humanos terminam por aceitar a realidade criada como dada (Duarte Jr., 1984). O sistema funciona precisamente porque os membros da sociedade não se dão conta de que eles mesmos criaram a realidade que percebem. Pode-se dizer que os indivíduos 'constroem' a realidade percebida na medida em que as crenças e os padrões de classificação culturalmente construídos moldam a expectativa e, assim, a percepção (Berger & Luckman, 1966).

Irving Goffman (1959) demonstrou que a interação social exige previsibilidade; a fim de interagir com facilidade, os participantes devem ter visões semelhantes sobre si mesmos, sobre a ordem social e sobre a natureza da realidade (Nations *et al.*, 1988). Assim, é preciso que haja um sentido compartilhado de realidade para a manutenção da estrutura social; a estrutura dos *status* relativos que compõem a sociedade só pode ser mantida se os membros da sociedade concordarem com as posições relativas dos *status* e compreenderem a natureza dos papéis que correspondem a cada *status*. Um médico só pode examinar e tratar um paciente se tanto um como o outro concordarem que, na realidade, o interesse do médico em expor a nudez não é lascivo, mas científico e, assim, legítimo; e que o medicamento ou tratamento prescrito é uma cura, não um ataque. Além disso, médico e paciente precisam de uma visão compartilhada sobre o que causa e o que cura a doença, a fim de se comunicarem efetivamente sobre o assunto.

Karl Marx, em sua clássica crítica ao mercado *O Capital* (Marx, 1890), cunhou a expressão "fetichismo da mercadoria". Embora pensemos nas mercadorias como meros objetos divorciados do contexto de sua produção, Marx

assinalou que, de fato, elas são produtos do trabalho e que esse trabalho se dá em um contexto social. Pensar nas mercadorias como coisas, "reificando-as", em termos marxistas, é uma forma de "fetichismo" que obscurece ou "mistifica" o contexto social no qual são produzidas. O fetichismo da mercadoria tem o efeito de tratar os objetos (mercadorias) como se tivessem vida própria; ao invés de ver as relações entre as pessoas que criam as coisas, vemos apenas as relações entre as coisas, como se fossem pessoas. Marx relaciona isso a processos de representação mental como entidades na religião; da mesma forma que a religião pode ser vista como um sistema de projeções, o comércio de mercadorias pode ser visto como uma projeção. Essa projeção ocorre no ato da troca; até que as mercadorias sejam trocadas no mercado, nada são além de objetos; uma vez trocadas, são tratadas como entidades (Marx, 1890). A "objetividade fantasmática" (Taussig, 1980) das mercadorias atua não só para ocultar processos sociais, mas para apoiar o *status quo* ao representar como natural (e, assim, imutável) o que de fato são realidades socialmente produzidas. Lukacs (1971) ampliou a metáfora religiosa de Marx para a ciência, postulando que a ciência positivista e o empirismo são formas de mistificação, que ocultam as desigualdades sociais sob termos que as vinculam à natureza. Friedson (1973) expressou isso em termos de uma crítica da "especialização"; com a alegação de habilidades exclusivas, os especialistas excluem os leigos das decisões e, assim, do poder; a especialização se transforma em uma máscara para o privilégio. Waitzkin (1983) analisa a ciência moderna como esotérica; sendo uma disciplina de especialistas, exclui os leigos de seus processos de decisão e apresenta decisões políticas de peso, que afetam o bem-estar social, como fatos consumados.

O processo de mistificação pode ser observado na medicina. A medicina é a forma pela qual a ciência é apresentada com mais freqüência ao público; é também uma forma pela qual a ciência é transformada em mercadoria e vendida. As mercadorias da medicina incluem medicamentos, consultas com especialistas e a própria saúde em si. Saúde e medicina têm sido usadas como linguagem para expressar relações econômicas, políticas e sociais (Taussig, 1980; Crandon, 1986; Sontag, 1977); a venda da saúde e da medicina como mercadorias reifica essas relações. Waitzkin (1983) detalha como a medicina se tornou uma instituição de controle social na medida em que o sistema de atendimento comunica as ideologias dominantes na sociedade. As interações médico-paciente pela ritualização de sua forma comunicam uma ideologia que mantém a estrutura social (Waitzkin, 1983). O crescimento da dependência da tecnologia aumentou a hegemonia da medicina por meio do incremento da dependência da especialização acompanhada de mistificação (Illich, 1976). As interações médicas podem ser vistas como rituais que funcionam para criar, comunicar e dirigir

realidades sociopolíticas. Embora fronteiras étnicas, papéis sexuais e estruturas de poder possam mudar, as pessoas buscam segurança na ilusão da consistência. De fato, muitos aspectos da vida social são arbitrários, injustos, tendenciosos e inventados. Por intermédio de rituais como a consulta médica, as categorias culturais são apresentadas como naturais; assim, os postulados culturais básicos sobre valores e capacidades relativas de diferentes classes são comunicados como axiomas, suprimidos do debate popular e cultuados como verdades imutáveis.

Instituições como a comunidade médica são legitimadas pelo mundo simbólico criado pelas culturas. Esse mundo simbólico justifica e explica a existência, a função e o poder das instituições. O mundo simbólico integra um corpo de crenças e experiências e orienta a percepção da realidade. É revelado e acionado por meio de rituais em sua função comunicativa, e é isso, e não uma eficácia material, que os torna potentes. Como isso está relacionado a algo tão pragmático como a TRO? Acreditamos que a inacessibilidade da TRO em Pacatuba esteja relacionada à falta de vontade dos médicos de torná-la disponível para pessoas leigas e que essa falta de vontade está relacionada à ameaça que a TRO representa para eles, em função de certos aspectos da percepção que têm da realidade, bem como às estruturas de classes que reforçam o seu papel de detentores do poder. A comunidade médica ritualiza a TRO para mistificá-la, para ocultá-la sob uma linguagem técnica, com isso levando mães pobres e curandeiros a acreditar que o poder dessa terapia só pode ser legitimamente controlado pelos médicos.

## A Ritualização da Reidratação

A ritualização da TRO e a mistificação resultante ficaram aparentes para nós durante nossos anos de pesquisa, enquanto observávamos procedimentos de reidratação em consultórios, hospitais e enfermeiros pediátricos. Apresentamos aqui três casos observados pela autora principal no decorrer da pesquisa. O primeiro caso mostra a cerimônia de negação do acesso à TRO. O segundo mostra como a representação da reidratação IV é usada para demonstrar a superioridade da biomedicina e seus profissionais, e no terceiro observamos como a administração da TRO em consultório segue o modelo da administração IV.

Devido à falta de hospitais e consultórios em Pacatuba, as famílias são forçadas a viajar três horas de ônibus até Fortaleza ou, em alguns casos, a caminhar essa longa distância para receber atendimento hospitalar. Em todos

os três casos, os pacientes eram de Pacatuba. Todos os nomes usados são pseudônimos.

### Caso 1, Sônia

Rosa, com 10 anos de idade, e sua irmã Sônia, com 15 dias de vida, com diarréia aquosa profusa que durava há três dias, apresentaram-se no consultório rural do dr. Carvalho de manhã bem cedo. A mãe da criança ficou em casa observando o tradicional resguardo de quarenta dias após um parto. Rosa caminhou toda a noite para chegar cedo e reservar um lugar na fila; o dr. Carvalho atende poucos pacientes que não contam com previdência social. Ela chegou cedo, mas não o bastante; na hora em que chegou à porta do consultório, todas as consultas parcimoniosamente distribuídas estavam marcadas. Os pacientes anteriores haviam participado do ritual de espera enquanto o dr. Carvalho examinava cada criança, e então mandava uma enfermeira com uma chave até o almoxarifado trancado para retirar um envelope com uma dose individual de mistura de TRO pronta para uso por paciente. Quando nossa equipe visitou o consultório, descobrimos uma grande pilha de SRO enviada pelo governo se decompondo no calor tropical, enquanto as famílias dos bebês doentes eram mandadas embora antes mesmo de entrar.

### Caso 2, Graça

Graça, uma mãe pobre da zona rural de 27 anos, e seu bebê de 2 meses de vida, com diarréia, fizeram a longa viagem de ônibus até Fortaleza e se apresentaram em um centro estadual de reidratação. Os funcionários da recepção primeiro solicitaram e registraram dados básicos de identificação em um formulário para pacientes. Em seguida, o bebê foi pesado e medido e os valores foram registrados na ficha. Um médico examinou o bebê e, depois de repreender a mãe pela demora em procurar atendimento, diagnosticou desidratação em terceiro grau. Mais tarde a mãe disse:

> *O doutor brigou muito comigo, né?... quando eu falei que levei Eduardinho para rezar... dei leite de gergelim pra o bichim... Aí eu pensei que era certa, era bom, porque eu dei um remédio do mato para meu fio, né? Mas o doutor ficou muito brabo comigo, viu? Não gostou, de jeito nenhum! A próxima vez que eu levar o menino para consultar, vou só olhar baixo, né?... não falar uma palavra sequer!*

O médico calculou a quantidade exata de fluido de reposição necessário e então mandou que as auxiliares de enfermagem separassem (do alcance da vista, mas não dos ouvidos) o bebê de sua mãe. As auxiliares levaram o bebê,

que gritava, para a sala esterilizada de procedimentos. Lavaram as mãos com sabão, forçaram o bebê a deitar, rasparam áreas de sua cabeça, limparam a pele com chumaços de algodão e então inseriram repetidamente uma agulha no couro cabeludo até que perfuraram a pequena veia azul. Depois do procedimento de inserção, as auxiliares de enfermagem levaram a criança para uma sala maior de recuperação coletiva, onde havia cerca de trinta bebês desidratados. Ali conectaram o frasco com 1 litro de solução de reidratação pré-diluída, suspensa em um suporte IV, com a agulha inserida, por um tubo plástico de conexão. Graça sentou-se em um banquinho de madeira observando as auxiliares, que raramente falavam ou olhavam para ela, embora conversassem entre si, usando termos médicos que ela não compreendia. Em determinados intervalos as enfermeiras do plantão noturno ajustavam o medidor metálico que controlava a velocidade de gotejamento da solução, substituíam frascos de IV vazios por outros cheios e registravam a hora e a quantidade exata de fluido na ficha do paciente. Não foi dada nenhuma explicação para Graça sobre a condição do bebê ou sobre o tratamento. Quando a veia sobrecarregada da criança entrou em colapso, as auxiliares removeram a IV, levaram o bebê de volta à sala esterilizada e repetiram o procedimento. Nesse momento Graça não agüentou ouvir os gritos do bebê e caiu do banquinho no chão, chorando. Depois de colocar fluidos de reposição, as auxiliares de enfermagem desconectaram o bebê da IV e informaram a Graça que haviam terminado. Recomendaram que a mãe voltasse em dois dias para repetir o procedimento. Em vez disso, Graça guardou seus pertences, cobriu o couro cabeludo arroxeado e puncionado da cabecinha do seu bebê e saiu abruptamente do centro.

### Caso 3, Benedita

Benedita, uma menina de 7 meses de vida com diarréia explosiva e aquosa havia cinco dias, fraqueza e marcada desidratação, foi levada por sua mãe até uma sala de emergência de um hospital público. Enfermeiros e médicos de avental branco examinaram a nenê e começaram a TRO. Etiquetaram meticulosamente uma mamadeira esterilizada com medidas milimetradas, pesaram a criança a cada 15 minutos, misturaram o envelope do produto com água limpa, deram a quantidade predeterminada de TRO e registraram todos os resultados em uma ficha, conferindo os horários exatos com um relógio de pulso. A rotina continuou por mais de três horas, durante as quais pouco foi dito à mãe, que esperava passivamente em um banco de madeira. Entrevistas posteriores com a mãe revelaram que ela acreditava que a diarréia da filha se devia ao mau-olhado e que já havia consultado três curandeiros. Apesar de ter passado mais de cinco horas na clínica, a mãe não sabia como misturar o envelope de TRO

sozinha. Quando perguntada se achava que ela ou um curandeiro poderia misturar a TRO em casa, ela respondeu:

> *Ah não, doutora, eu não posso fazer um negócio desse, de jeito nenhum! É bicho tão complicado, né? Eu não sei nem ler nem escrever... Eu nem mesmo tenho um relógio de pulso!*

No primeiro caso, o tema abordado é acesso: quem pode fornecer a TRO e quem pode recebê-la. A cerimônia da consulta dramatiza o *status* de médico como o único provedor de remédios que salvam a vida. Os pacientes devem esperar na fila por favores médicos, não podem nem mesmo marcar consultas com antecedência. A fila de mães e irmãos pobres segurando bebês doentes chorando é uma dramática demonstração do *status* e do controle do médico. Uma mãe nos contou que conseguir uma consulta com um médico

> *É a maior dificuldade do mundo, né? Mesmo a criancinha morrendo... mesmo você chegando com um bichim nos braços... sem uma ficha, eles não atende, viu? Só recebe você se chegar de madrugada e mostrar sua ficha... O pessoal pode ver que o menino está muito ruim, mas não levanta um dedinho sequer pra ajudar... Eles estão nem aí pra a gente, né?*

A ordem social é claramente demonstrada no comportamento dos médicos: a existência daqueles que têm e dos que não têm. O médico tem a TRO que preserva a vida, e os doentes não a têm; enquanto esperam, o remédio "mela" e estraga no almoxarifado, uma potente metáfora do desprezo pela vida das crianças pobres e uma dramática demonstração do poder do médico para racionar a sobrevivência. Como nos contou um curandeiro tradicional, “Abaixo de Deus, os médicos”.

No segundo e no terceiro casos também vemos demonstrações da ordem social; o controle que a equipe do hospital mantém sobre todo o procedimento; o direito do médico de censurar a mãe e assim demonstrar a superioridade de sua forma de curar e seu *status*; o rebaixamento do bebê à condição de objeto no qual são feitos procedimentos e do cuidador ao papel de observador sem voz. O uso do jargão médico, a separação da mãe e da criança, a esterilização, a medida e a pesagem cuidadosas, tudo isso serve para espantar a mãe, para convencê-la de que a equipe detém uma especialização e um poder de cura especial – especialização e poder além de sua capacidade de compreender e usar. Sua opinião, seus atos, seus esforços para com a criança não fazem sentido para a equipe; ela não tem nada a dizer nos procedimentos. Embora a TRO seja usada no caso 3 e a reidratação IV no caso 2, o ritual médico é o mesmo; a forma de tratamento não modifica a mensagem social.

No terceiro caso, a equipe do hospital enfeita a tecnologia simples da TRO com repetidos e desnecessários procedimentos de pesagem, observação do horário de administração em um relógio de pulso e o registro preciso dos eventos reiteradamente. Nenhum desses comportamentos reduz a eficácia da TRO, nenhum deles a aumenta, e todos eles são desnecessários. Existem diversas razões para tal comportamento. Uma é que, ao classificar a TRO como um procedimento médico, o pessoal clínico o realiza de acordo com as normas dos procedimentos desse tipo. A pesagem dos pacientes antes do exame e dos procedimentos é um item padrão da consulta médica; serve, em parte, ao propósito de obter informações úteis para o diagnóstico e a determinação da dosagem adequada da medicação e, em parte, sinaliza para o doente que a partir daquele momento tem início o seu papel de paciente (Henslin & Biggs, 1971). A observação da hora do procedimento com um relógio de pulso é desnecessária e ritual; como foi afirmado, a TRO é oferecida continuamente ou à vontade, não em intervalos preestabelecidos. Porém, o horário da maioria dos procedimentos hospitalares é marcado; ao classificar a TRO como um procedimento hospitalar, a equipe os administra da mesma maneira que qualquer procedimento: pelo relógio. Dessa maneira, a equipe do hospital torna a TRO – desenvolvida especificamente para uso em ambientes não hospitalares – similar à reidratação IV. A única coisa que muda é a parte do corpo para administração dos fluidos; a ritualização garante que a TRO deva ser restringida a hospitais e consultórios. Em termos antropológicos, a TRO e sua administração foram mistificadas; a vinculação de rituais hospitalares à TRO oblitera sua natureza simples e sublinha a importância fictícia da especialização médica na cura. A forma de administração é um ritual que comunica e reforça a estrutura de classes.

Outra explicação para o comportamento da equipe hospitalar é que este é planejado para impressionar a mãe, para demonstrar a ela que a equipe está empregando um procedimento eficaz que só pode ser administrado pelos profissionais. Essa é a função sinalizadora do ritual. Tudo sustenta essa explicação: o fato de não fazerem nenhuma tentativa de se comunicar verbalmente com a mãe, de complicarem desnecessária e ostensivamente o procedimento em sua presença e de a deixarem impressionada e confusa. Não se procura uma comunicação verbal com a mãe. A curandeira dona Binha nos contou:

> *O pessoal não entende o que os doutor fala sobre as doença não, criatura... A negada não compreende não. Eu digo é porque os doutor fala muito difícil... muito difícil mesmo... Quando você termina [o exame], o doutor dá aquele remédio, né? E você toma aquele remédio ou dois... Quando termina todinho, você diz que não serve, né? Aí, o homem dá outro. Os doutor fala muito difícil, viu?*

Sr. Antonio, o pai-de-santo, acrescenta:

> *A única coisa que o pessoal entende que o doutor diz é: 'Tome esse comprimido de seis em seis horas, tome esta injeção a cada 12 horas', né? Mas as explicações... ele não explica, não. As criatura entende as horas, tudo bem, né? Mas, coitada, quando sai de lá, concentra todo seu pensamento no horário do remédio... e esquece o resto!*

Apesar da falta de comunicação verbal, o sentido é transmitido. No segundo caso, a equipe tenta comunicar seu conhecimento e sua autoridade exclusiva para a cura, mas não é isso que a mãe entende. Assim que deixou a clínica, Graça olhou com os olhos cheios d'água para o céu e prometeu a Nossa Senhora, a Virgem Maria, que nunca voltaria ou causaria qualquer sofrimento ao seu filho inocente. A realidade é vista de maneiras diferentes pela equipe da clínica e pela mãe; a equipe supõe que a dor infligida à criança se justifica porque seu comportamento visa à cura. A mãe não compartilha da suposição da equipe de que o procedimento seja inteiramente benigno; para ela, é simplesmente um trauma desnecessário e inexplicável.

No terceiro caso, o que se comunica à mãe é que a TRO é um procedimento muito complicado que não se espera que ela possa realizar. Na verdade, tudo que é preciso para usar um envelope de TRO é abri-lo, misturá-lo com a quantidade adequada de água limpa e oferecê-lo à criança. Como já dito aqui, tem sido amplamente demonstrado que mães analfabetas podem fazê-lo em casa, e têm condições de, desde o início, preparar a SRO de forma segura e efetiva. As modificações do procedimento pela equipe assustam a mãe e ajudam a convencê-la, enganosamente, de sua inutilidade para auxiliar seu filho doente. A falta de comunicação verbal da equipe com as mães permite que a mensagem oculta seja ouvida mais claramente (Hall, 1959): "Você é inútil, sua experiência com seu filho não vale muito, nós somos os responsáveis aqui". O procedimento mistifica porque oblitera a humanidade comum à equipe e aos pacientes. Na realidade criada no hospital, somente a equipe é autônoma, inteligente e capaz; os pacientes são reduzidos à condição de objetos a serem manipulados.

O procedimento também demonstra outros aspectos da ritualização. É repetitivo, tanto no sentido de que a pesagem, o controle do horário e da reposição são recorrentes como no sentido de que o caso não é isolado. Cada criança trazida é tratada da mesma maneira; a equipe repete o ritual caso após caso. Os médicos e os enfermeiros demonstram estilização em sua interação; sua postura corporal, sua expressão oral e seus atos são determinados pelo 'roteiro' do ritual. A equipe do hospital se veste de branco para demonstrar sua condição de especialmente pura e limpa. O uso do frasco cuidadosamente esterilizado e marcado,

bem como a lavagem das mãos antes de iniciar os procedimentos, também serve para consagrar o ritual, para denotar pureza. Todo o ritual exibe ordem; ordem é o tema dominante; esterilização, observação dos horários, movimentos e alimentação cuidadosamente controlados, tudo se contrapõe ao caos da diarréia. O ritual também enfatiza a ordem social: os médicos, com *status* mais alto, controlam os enfermeiros, enquanto a mãe pobre e analfabeta, condizendo com seu *status* social inferior, é mantida de lado, ignorada.

Essa ritualização da TRO serve a uma função sinalizadora que transforma a TRO em um símbolo potente. Tendo demonstrado que a administração da TRO é ritualizada no nordeste do Brasil, resta explicar por quê. Para isso devemos nos voltar para outro aspecto, a ritualização, o controle simbólico do medo e da ansiedade.

## Ritual, Ansiedade e Terapia de Reidratação Oral

Diversos teóricos examinaram a questão de por que certas atividades se tornam ritualizadas, enquanto outras não. Bronislaw Malinowski propôs uma relação entre o desempenho de rituais e ansiedade. Observou que os rituais tendem a ser realizados quando os participantes estão ansiosos a respeito do desfecho dos casos. Em seu célebre exemplo, os habitantes das ilhas Trobriand realizavam grande número de rituais elaborados para acompanhar as longas viagens marítimas que faziam entre as ilhas em suas frágeis canoas. Entretanto, quando estavam pescando em lagoas e portos protegidos, não sentiam necessidade de nenhum ritual (Malinowski, 1966). Os seres humanos, escreveu ele, são dotados de inteligência e imaginação. Essa imaginação nos dá a capacidade de prever o que pode acontecer e, assim, temê-lo. Criamos tecnologia para controlar a natureza. Onde os humanos são capazes de imaginar como controlar a natureza, mas não têm capacidade tecnológica para tal, inventamos rituais que acreditamos funcionar como tecnologia para controlar as forças naturais. Essa tecnologia ritual é usada quando a tecnologia técnico-racional é inadequada e a imaginação estimula a ansiedade (Malinowski, 1979). Os rituais também são usados como uma tentativa de controlar as forças sociais. Como as origens dessas forças são ocultadas dos membros das sociedades, elas são misteriosas e simbólicas e, assim, a 'tecnologia' misteriosa e simbólica do ritual é usada para controlá-los. O teórico deve perguntar que coisa misteriosa e assustadora está sendo controlada por um ritual em particular. Em nosso caso, a pergunta é: o que existe de tão assustador a respeito da TRO que faz com que a comunidade médica sinta necessidade de ritualizar sua administração?

Em outras palavras, de que maneira esse procedimento simples, que salva vidas e que qualquer mãe pobre e analfabeta pode realizar sem supervisão médica, ameaça a realidade construída pela organização biomédica?

O assustador na TRO é sua extrema simplicidade. Como Malinowski (1922) observou, uma ameaça direta, física e compreensível pode ser contra-atacada com tecnologia técnico-racional; a tecnologia ritual é usada contra as ameaças místicas. No caso da TRO, a ameaça é contra a imagem do papel e do *status* dos profissionais da saúde apoiados por sua especialização. A TRO é ameaçadora porque seu poder de cura é acessível a qualquer um que disponha de água limpa, açúcar, sal e uma garrafa; sua simplicidade e facilidade de administração colocam em xeque a crença de que são necessários anos de treinamento para aprender como curar e como salvar vidas.

A consulta médica é um encontro assimétrico, no qual a especialização é base para desigualdade. Em nossa amostra, o abismo é alargado pelo analfabetismo das mães. Além disso, existem diferenças de classe entre médicos e pacientes (Friedson, 1960, 1963, 1970, 1973; Waitzkin, 1983; Illich, 1976; Pillsbury, 1979; Freeman, Levine & Reader, 1972). Freqüentemente existem diferenças de gênero entre médico e paciente, especialmente em pediatria, somadas ao diferencial de poder; especialmente na América Latina, é provável que existam diferenças raciais entre médicos (brancos) e pacientes (negros, índios, morenos) (Lipset & Solari, 1967). O abismo que separa o médico formado na universidade e o camponês analfabeto de Pacatuba dificulta a interação. Esse abismo é acentuado pelo desdém do profissional da saúde a crenças tradicionais, por seu desrespeito ao envolvimento da comunidade e por sua ignorância das condições em que esta vive (Pillsbury, 1979).

As culturas latino-americanas caracterizam-se por um sistema dual de classes; ideologicamente, afirma-se que os ricos têm mais valor do que os pobres, que os brancos são superiores aos negros, que os homens são mais fortes que as mulheres e que os escolarizados são mais inteligentes e, assim, mais poderosos que os analfabetos (Blanco, 1978; Beals, 1953; Feye, 1963a, 1963b, 1964; Freire, 1970; Horowitz, 1970; Strickon & Greenfield, 1972; Heath, 1974; Wagley *et al.*, 1952). Se uma mulher analfabeta, pobre e negra pode salvar vidas tão fácil e eficientemente quanto um homem formado, rico e branco, usando elementos (sal, açúcar e água) e lixo caseiros (garrafas e tampas), o equilíbrio de *status* entre os dois grupos é ameaçado. A acessibilidade potencial da TRO à comunidade leiga perturba a assimetria profissional-paciente convencional. Se, de fato, não existem diferenças intrínsecas de valor entre os privilegiados e os não privilegiados, a posição de vantagem dos privilegiados revela-se como um artefato social, e não um produto da natureza. A TRO

administrada por curandeiros rompe as névoas que ocultam a hegemonia médica e de classe, e por isso é assustadora.

## Desmistificação da Terapia de Reidratação Oral: colocando a tecnologia nas mãos das pessoas

Em nossa análise, tornava-se óbvio que a ritualização e a mistificação médica retiravam a TRO das pessoas para as quais foi concebida, levando a mortes infantis evitáveis e perpetuando os mitos de inutilidade do povo. Pesquisadores do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC) criaram um projeto, inspirado no trabalho de David Werner (1977), para abordar os problemas evidentes e ocultos do acesso à TRO. Foi preciso, em primeiro lugar, que nos libertássemos de nosso clássico modelo baseado em hospital/médico e, em segundo lugar, que delineássemos uma estratégia alternativa de oferta que mobilizasse os curandeiros tradicionais existentes e as mães pobres como fornecedores de TRO na linha de frente (Nations, 1982).

O trabalho de David Werner (1982) com programas sociais demonstrou que os programas mais bem-sucedidos começam pequenos, enfatizam as pessoas e os recursos locais, criam planos como parte de um processo de aprendizagem e integram metas políticas com atividades de saúde pública. Como ele ressalta, quando especialistas (médicos, enfermeiras e autoridades da saúde) controlam os programas, a lealdade da equipe se vincula ao sistema, não às pessoas pobres; o *status quo* é mantido, não dinamitado. Nosso programa foi delineado para centrar a atenção sobre a lealdade às pessoas pobres a quem serve. Estabelecê-lo não foi tarefa fácil.

Em 1980, médicos da UFC riram alto quando a autora principal proferiu uma aula sobre cura tradicional. Perguntaram "O que mulheres velhas, enrugadas, analfabetas, desdentadas, pobres, balançando folhas, cantando, entrando em transe têm a ver com diarréia e desidratação?"; "E o que sal e açúcar em uma tampa de Coca-Cola têm a ver com morte?". Na época a idéia parecia ridícula, mas hoje a lógica é evidente (Nations, 1983).

Moradores de lugarejos definem a diarréia e a desidratação em termos populares – mau-olhado, susto, intrusão de espírito; as mães vão primeiro aos curandeiros tradicionais, que já reconhecem e tratam essas doenças. Os curandeiros contam com a confiança da comunidade, enquanto os hospitais distantes aonde as crianças "vão para morrer" lhes infundem medo. As mães já sabem como promover o autocuidado e são capazes, desejosas e ansiosas de

fazer algo para salvar a vida de seus filhos se receberem a tecnologia e o apoio necessários. Os curandeiros também estão abertos a intervenções médicas modernas que funcionem. Não vêem nenhum conflito em diagnosticar quando estão em transe e em seguida ir até a farmácia para comprar um medicamento. Porém, apesar da grande dimensão dessa rede de cura primária, ela não estava ao alcance da visão das autoridades da saúde, cegada por seu desdém pela "superstição". Para melhor entender o problema da alta taxa de mortalidade infantil nessa região, fomos diretamente à fonte da cura: os curandeiros que usam a TRO (Nations, 1982, 1983; Nations *et al.*, 1986).

O projeto foi desenvolvido entre 1984 e 1986. Mobilizou a maioria dos curandeiros para promover, usar e ensinar a TRO aos moradores de Pacatuba e para divulgar cinco mensagens básicas de saúde: (1) Ofereça TRO para diarréia e enfermidades relacionadas; (2) Amamente ao peito, especialmente durante os períodos de diarréia; (3) Continue alimentando durante o episódio de diarréia; (4) Elimine terapias medicamentosas desnecessárias; (5) Procure o curandeiro imediatamente, assim que a diarréia/desidratação atacar.

Foram realizadas reuniões com pesquisadores e curandeiros para que compartilhassem idéias uns com os outros e formulassem uma estratégia para incorporar a TRO aos seus rituais de cura. A primeira dificuldade foi conseguir que os curandeiros cooperassem uns com os outros. Os curandeiros de Pacatuba provêm de diversas origens e tradições; também freqüentemente consideram uns aos outros como rivais, e não como colegas "praticantes da etnomedicina". A dimensão do problema da diarréia e sua vontade de aprender novas técnicas nos ajudaram a convencê-los a cooperar. Inicialmente, propusemos juntar todos os envolvidos em saúde – administradores, médicos e curandeiros – e, usando um método de decisão formal em grupo, classificar soluções alternativas, considerando a especificidade de nossas circunstâncias. Entretanto, os curandeiros se intimidaram com esse processo; eles não lêem, são dominados pelas autoridades de saúde, não estão familiarizados com ambientes de sala de aula e acham papéis e listas desconectados de seus problemas da vida real. Tivemos que chegar a um consenso de maneira diferente.

Os encontros de nossa equipe com os curandeiros, as mães e as crianças passaram a ocorrer na comunidade. A reunião formal foi substituída por diálogo ativo. Usando linguagem leiga, participando de cerimônias de cura, solicitando curas por ervas e mostrando o maior respeito pela sabedoria tradicional dos curandeiros, conseguimos ganhar sua confiança e superar as diferenças de *status* entre estes e nossa equipe. Juntos, eles, os médicos do projeto e os antropólogos desenvolveram uma saborosa receita caseira de TRO que mistura chás de ervas tradicionais com açúcar e sal. Isso foi realizado em uma reunião na qual se

solicitou aos curandeiros que trouxessem seu remédio favorito para diarréia. Foi montada uma grande mesa e os remédios foram expostos: um coco verde aberto do qual seria retirada a água, água de arroz, diversas ervas para chá, TRO em envelope. A equipe do projeto acrescentou medicamentos e diversas misturas comerciais de TRO. Foram discutidos os méritos e os problemas de cada um. Então, em uma sessão extraordinária, cada curandeiro preparou seu chá medicinal preferido não adoçado e foi-lhe ensinado como adicionar açúcar e sal para preparar um chá com SRO, usando o método de medição de sal e açúcar com uma tampa. Recomendamos 7 tampas cheias ou 8 tampas rasas de açúcar por litro; os curandeiros preferiram 7, porque é um número mágico em seu sistema religioso. Seguiu-se uma sessão de degustação com mães e crianças da localidade, que preferiram os chás mais doces. A fórmula foi aperfeiçoada até que todos concordassem sobre a melhor mistura SRO-chá (Figura 1).

Figura 1- Cartaz com instruções sobre o preparo da TRO



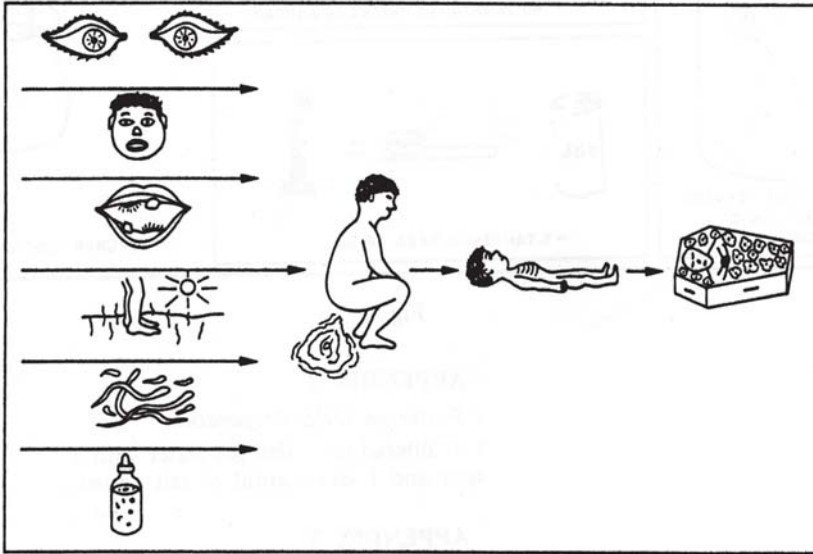
O cartaz mostra 1 litro de água filtrada ou fervida com chá com 7 tampas cheias de açúcar e 1 tampa rasa de sal adicionadas.

A próxima questão era a localização: onde crianças gravemente desidratadas seriam tratadas e cuidadas enquanto as mães estivessem trabalhando, e onde o suprimento seria armazenado? Os curandeiros desenharam e os moradores construíram 18 "quartinhos de cura" consistindo de extensões simples

("puxadinhos") de barro e taipa da casa dos curandeiros, ou melhoraram quartos existentes com cal fresca. Os quartinhos de cura foram equipados com recipientes de medida (em uma sessão anterior foram comparados diferentes tipos, e a tampa de garrafa foi escolhida), filtros de água, redes de tamanho infantil, altares e imagens de santos.

Os curandeiros também nos ajudaram a desenvolver material didático compreensível para mães analfabetas e cuidadores de crianças. Ficamos surpresas com quão diferente o mesmo pedaço de papel pode parecer para eles e para nós. Por exemplo, um cartaz tentava mostrar as causas popularmente conhecidas da diarréia (foi concebido para ser comparado com um cartaz que mostrava as chamadas causas médicas da diarréia). O cartaz continha uma série de figuras representando mau-olhado, calor, vermes, susto e mamadeiras, com setas para orientar o olhar da esquerda para a direita da folha que apontavam a figura de uma criança com diarréia, uma criança doente e, finalmente, uma criança morta em um caixão. Os curandeiros tiveram problemas para compreender diversas representações do cartaz. Mais importante ainda, não entendiam o símbolo escrito da seta e não liam o cartaz linearmente, da esquerda para a direita, como nós. Além disso, a imagem da criança morta ocupava sua total atenção, com exclusão das outras imagens. Foi desenhado um novo cartaz, no qual as causas foram representadas de forma diferente (uma mulher admirando uma criança substituiu um par de olhos que representava o mau-olhado, por exemplo), as causas foram organizadas em um círculo em torno da criança doente e a perturbadora imagem da criança morta foi retirada (Figura 2).

A testagem da estratégia começou em outubro de 1984. Em aproximadamente um ano, o impacto sobre o comportamento materno foi surpreendente (Nations *et al.*, 1988). O projeto teve como resultado o aumento significativo da porcentagem de mães que estavam familiarizadas com a TRO caseira e a fornecida pelo governo por intermédio da Central de Medicamentos (Ceme); de mães que acreditavam que deveriam continuar amamentando ao peito durante o episódio de diarréia; de mães que reduziram o uso de TRO pré-diluída comercializada a preços altos e dos envelopes de TRO vendidos comercialmente. Mas não houve modificação no uso dos envelopes distribuídos gratuitamente pelo governo (Ceme). É importante observar que foi registrada uma diminuição altamente significativa no uso de medicamentos para diarréia, embora o percentual de mães que ainda os usam permaneça alarmantemente alto. A procura por médico devido à diarréia não mudou (Tabela 1).

Figura 2 - Cartazes educativos

O pôster original havia sido organizado da esquerda para a direita, mostrava uma progressão do que se acreditava serem as causas da diarréia até a eventual morte e continha representações que os curandeiros tinham dificuldade em entender.

O pôster aperfeiçoado foi organizado de forma circular, foi retirada a representação da criança morta e as causas da diarréia foram ajustadas ao estilo e compreensão locais.

Tabela 1- Atitudes maternas em relação à TRO e à diarréia

| Resposta | Antes | | Depois | | % de mudança | Qui-quadrado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | nº | % | nº | % | | |
| 1. Está familiarizada com algum tipo de TRO feita em casa? | | | | | | |
| Não | 198 | 97,10 | 65 | 28,00 | - 69,10 | |
| Água de arroz | 5 | 2,50 | 0 | 0,00 | - 2,50 | |
| Água de coco | 1 | 0,50 | 0 | 0,00 | - 0,05 | |
| TRO de curandeiros tradicionais | 0 | 0,00 | 161 | 72,00 | + 72,00 | P < 0,001 |
| 2. Conhece alguma coisa sobre os envelopes de TRO distribuídos gratuitamente pelo governo - Ceme? | | | | | | |
| Sim | 115 | 56,30 | 170 | 75,00 | + 18,7 | |
| Não | 90 | 43,60 | 56 | 25,00 | | P < 0,001 |
| 3. Sabe como usar a TRO da Central de Medicamentos (Ceme)? | | | | | | |
| Sim | 112 | 55,40 | 152 | 67,00 | + 11,6 | |
| Não | 90 | 44,60 | 74 | 33,00 | | P < 0,01 |
| 4. Em caso de diarréia você continua amamentando? | | | | | | |
| Sim | 114 | 71,20 | 207 | 92,00 | + 20,8 | |
| Não | 58 | 28,70 | 18 | 8,00 | | P < 0,001 |
| 5. Que tipo de TRO mais usa? | | | | | | |
| Pedialyte | 63 | 33,33 | 68 | 21,72 | - 11,61 | P < 0,01 |
| Ceme | 39 | 20,63 | 84 | 26,83 | + 6,20 | P < 0,05 |
| Comercial | 70 | 37,03 | 36 | 11,50 | - 25,53 | P < 0,001 |
| Feita em casa / curandeiro tradicional | 0 | 0,00 | 121 | 38,65 | + 38,65 | |
| Não usa | 17 | 8,99 | 4 | 1,27 | - 7,72 | |
| 6. Acha que deveria dar medicamentos para diarréia? | | | | | | |
| Sim | 189 | 93,1 | 164 | 72,56 | - 20,54 | |
| Não | 14 | 6,9 | 62 | 27,43 | | P < 0,001 |
| 7. Em caso de diarréia, você leva seu filho primeiro para o médico? | | | | | | |
| Sim | 37 | 18,20 | 40 | 17,70 | - 0,50 | |
| Não | 166 | 81,80 | 186 | 82,30 | | P < 0,005 |

Essas difíceis mudanças, por parte das mães, de atitude, crenças e práticas ocorreram em virtude do efeito do projeto sobre as atividades dos curandeiros. No entanto, constatamos claramente que o sistema popular de medicina

não foi destruído nem sofreu alterações significativas. A introdução da TRO, que foi feita com base em uma sensibilidade cultural, não modificou de forma significativa as crenças dos habitantes do local, nem a arraigada tradição de procurar os curandeiros tradicionais em primeiro lugar em caso de diarréia. Por ter sido incorporada aos chás medicinais, seu uso não se alterou.

Também descobrimos que os curandeiros, apesar de seu analfabetismo, podem preparar soluções com eletrólitos de forma segura usando medições caseiras, aprendem rapidamente a preparação da TRO, não têm dificuldade em ensinar para as mães os seus fundamentos usando simples instruções desenhadas e têm um domínio respeitável da medicina moderna relacionada à saúde das crianças. A análise de nossas entrevistas de atitude nos leva a crer que qualquer oposição a um programa leigo de TRO como este não virá dos curandeiros: eles cooperam cautelosamente com a medicina clínica, baseados em sua visão altamente pragmática dos benefícios do atendimento moderno. Ao mesmo tempo, expressam uma atitude confiante e direta em suas próprias maneiras de curar e, por este motivo, são respeitados pelos moradores. São conscienciosos, dedicados e desejosos de trabalhar com o setor moderno de saúde sob condições aceitáveis.

Nosso caso final ilustra a maneira singular pela qual os curandeiros integraram a TRO aos seus rituais de cura. A curandeira neste caso, dona Geralda, é uma rezadeira.

## Caso 4, Luduína

O filho de 2 anos de Luduína, Eduardo, tinha diarréia aquosa profusa e vômito havia dois dias e mostrava marcados sinais de desidratação: "carne seca", "olhos de anjo" fundos e "moleira funda". Achando que a criança estivesse sofrendo do mau-olhado de uma vizinha menstruada, Luduína levou-a para sua comadre (madrinha da criança), rezadeira dona Geralda, que foi quem fez o seu parto. "Olá, minha filha", saudou-a dona Geralda quando a mãe e a criança adentraram o seu humilde quartinho de cura. Embalando seu afilhado nos braços, a curandeira gentilmente perguntou à mãe sobre os sintomas e contatos sociais recentes. Depois de um exame físico da criança, ela confirmou o diagnóstico de mau-olhado, o que exige uma cerimônia para "tirar o mal" do corpo da criança.

Fazendo o sinal da cruz com três folhas de pinhão sobre o corpo da vítima, ela rezou:

> *Eduardo, você tem o olhado, o quebrante. Eu sabia disso, mas não é nada... Se foi botado na carne, ou na gordura, ou na beleza, ou na*

*feiúra; se foi na vida ou na felicidade; se foi na comida ou na bebida, se foi no sono, você será curado porque Deus fez você, Deus criou você, e é Deus que vai te curar do mau-olhado, dos olhos vivos, dos olhos mortos e das bocas daqueles que falam mal. Eduardo, se você tem quentura, mau-olhado, susto ou enterite, com um foi botado, com dois eu tiro, e o malvado vai pra casa daquele que come e não reza, para a casa dos maus e para a banda do mar sagrado! Amém.*

Ela acredita que isso fará com que as forças do mal entrem nas grandes folhas frágeis do pinhão, que murcham rapidamente. Dona Geralda arrumou as folhas com cuidado, de modo a evitar que seu conteúdo maligno espirrasse quando as carregou até uma janela aberta e as arremessou longe. Acredita-se que as forças malignas que causam a diarréia desaparecem com as folhas, deixando o corpo da criança "limpo" e livre da doença. Em seguida a curandeira ferveu água e adicionou folhas secas de erva-cidreira para fazer um chá antidiarréico tradicional não adoçado. Usando uma garrafa, ela mediu 1 litro e, então, contando alto, começou a adicionar 7 tampas cheias de açúcar e 1 tampa rasa de sal. A própria Luduína colocou as últimas tampas de açúcar.

Virando-se para o pequeno altar em um canto do quartinho de cura, dona Geralda ofereceu a "água benta" com SRO às imagens de São Francisco e ao herói popular local, Padre Cícero. Colocando um pouco do fluido no pulso da mãe, a curandeira exortou-a a prová-lo, e somente quando Luduína meneou a cabeça em aprovação ela começou a oferecer o chá de reidratação oral para Eduardo. Quando Luduína saiu, levava consigo a garrafa de fluido. Como é costume, prometeu trazer a criança de volta por três dias consecutivos de tratamento, para "fechar a cura".

Obviamente, nosso programa não desritualizou a oferta de TRO; os métodos de administração dos curandeiros são altamente ritualizados. A cerimônia com as folhas, a reza, a oferta do chá com SRO aos santos, tudo é medicamente desnecessário para garantir a eficácia da TRO. Nem aumentam nem diminuem sua eficácia tecnológica. Mas, nesse caso, a ritualização, ao invés de desestimular a mãe a usar a TRO e mistificar seu preparo e administração, a estimula a participar ativamente da cura de seu filho. O contexto no qual ocorre o ritual, sua linguagem e a realidade subjacente à qual se refere são diferentes do contexto médico. O ritual médico refere-se aos micróbios causadores e à perda de fluidos corporais usando o jargão médico estranho para as mães pobres, e demonstra uma diferença de *status* e poder entre médico e paciente.

O ritual dos curandeiros refere-se a espíritos e forças mágicas causadoras reconhecidas pela mãe, usa expressões familiares às mães pobres e demonstra o

*status* igual de curandeiros e moradores da localidade e a submissão compartilhada a Deus e seus representantes, os santos. A curandeira chama a mãe de "minha filha", embora ela não seja de fato sua mãe; esse vocativo usual enfatiza sua similaridade e vínculo e o parentesco fictício que une membros de pequenas comunidades (Peattie, 1968). Acredita-se que a doença seja causada pelo mau-olhado, pelas forças destrutivas do ciúme, pelas "bocas daqueles que falam mal", destruindo a harmonia da comunidade, e por aqueles que "comem sem rezar", que consomem sem agradecer a Deus por salvá-los do destino dos menos afortunados. A fala dessas rezadeiras serve para relembrar às pessoas a possibilidade de que elas mesmas sejam infelizes no futuro, e para enfatizar a similaridade essencial entre os mais e os menos afortunados. Essa ênfase pode inspirar confiança. A rezadeira dona Beatriz nos disse:

> *Eu ofereço o soro que o doutor passa, aí não presta, não!... Não sei se é fé que as mães têm em minhas mãos, mas as mães dão meu soro, o soro feito por mim, e as crianças levantam! Parece que elas têm fé em minhas mãos, né?*

Fazer o sinal da cruz no corpo da criança, oferecer o chá com SRO ("chá forte") aos santos, a reza, tudo serve para enfatizar a submissão do curandeiro a Deus, bem como sua capacidade de chamar a atenção divina para o problema do bebê. Os curandeiros acreditam que toda cura, mesmo a dos médicos, no fim das contas vem de Deus. A rezadeira dona Vicência afirmou:

> *Ora, minha filha, o soro só presta se você tem muita fé. Sem fé o bichim não levanta, de jeito nenhum! Se você toma o remédio do doutor, um que o doutor passa sem fé, aí não presta. Você precisa ter fé em Deus* e *fé no doutor.*

A rezadeira se considera um humilde canal do poder de Deus, e não um ser poderoso por si mesmo; por esse motivo, e por considerar seu trabalho como uma vocação, não aceita pagamento algum. Uma rezadeira nos disse: "O que eu dou vem do meu coração, é grátis. Ninguém vende as palavras de Deus" (Nations, 1982: 64). Da mesma forma que o médico, a rezadeira funciona como um sacerdote, mas seu sacerdócio não a eleva, como o médico, a uma classe socioeconômica mais alta; ser uma rezadeira não muda seu *status* econômico em relação a seus vizinhos e, assim, nem a isola deles nem a ensina a menosprezá-los.

Oferecer o "chá forte" (com SRO) para a mãe provar demonstra sua participação ativa nas curas; ensiná-la a preparar a TRO sozinha a habilita a curar por si; fundar todo o tratamento no contexto religioso compartilhado e no conhecido procedimento dos tradicionais chás medicinais permite que a mãe o

entenda e dele participe. Não há viagem difícil, longa espera, menosprezo, nem isolamento da mãe em relação ao procedimento. Esses rituais não são necessários aqui, porque a rezadeira não precisa demonstrar superioridade social. Ela não precisa resguardar uma exclusividade profissional em relação ao procedimento. Pela mesma razão, a TRO não é interrompida; a rezadeira não tem nada a ganhar ou a demonstrar trancando-a a chave e deixando-a estragar. Ao ensinar a mãe a preparar sozinha o "chá forte" (com SRO), a rezadeira enfatiza mais uma vez a similaridade essencial de *status* entre elas. Como nos contou uma rezadeira, dona Idalina:

> *É fácil demais, né? Qualquer pessoa que sabe a receita pode preparar o chá forte (soro caseiro). Qualquer pessoa que conhece, né? Pode ser eu, o doutor, a mãe de família... qualquer um consegue fazer.*

O senhor José Maria, raizeiro, enfatizou as vantagens de compartilhar conhecimento:

> *Cada pessoa tem que saber como prevenir, reconhecer e curar doenças, né? Não é para ficar de braços cruzados esperando pelos médicos nem pelos curandeiros, não, pois cada coisinha de conhecimento cura!*

A linguagem e a comunicação são importantes no ritual, e têm uso diferente no ambiente clínico. O curandeiro aborda a mãe diretamente e usa expressões que ela compreende. Dona Idalina disse:

> *Quando uma bichinha chega aqui com um quebrante nas carne, eu digo logo que ela tem quebrante, que está secando as carninhas dela, né? Mas o doutor não diz o que a gente tem... ele não diz nada! Mas quando uma meninazinha tem quebrante nas carne, eu sinto aquela sombra amortecida e eu digo logo pra mãe. Às vezes as mães perguntam, e aí eu digo pra elas... Pouca mãe pergunta para o doutor, né? Ele está muito ocupado com o trabalho dele... Não tem nem tempo de conversar com a gente.*

A rezadeira do caso 4, dona Geralda, integra expressões e procedimentos clínicos ao seu ritual e, assim, torna as expressões compreensíveis e controláveis. O termo clínico "enterite" está junto às expressões populares "susto", "quentura do intestino" e "mau-olhado", e a mistura e a administração do TRO estão integradas à reza e ao preparo de um chá medicinal tradicional. Em vez de serem impostas sem explicações, tais expressões e procedimentos estranhos são incorporados de maneira a permitir que curandeiros e mães deles 'se apropriem' e os usem sem medo nem confusão; resumidamente, sem mistificação.

As referências à graça e ao poder divino no ritual servem para mistificar, mas aqui a mistificação é usada para convencer a mãe do poder do remédio

'sem' convencê-la de sua incapacidade para usá-lo. Diversamente da tecnologia imposta no ritual hospitalar do controle do horário, da pesagem, do registro ou, no caso da reidratação IV, da inserção da agulha, a tecnologia usada no ritual dos curandeiros é simples e de fácil obtenção pelas mães pobres: folhas de pinhão, imagens de santos, açúcar, sal, água fervida, chá, garrafa de 1 litro e tampa.

Os axiomas básicos revelados pela cerimônia da TRO dos curandeiros são a igualdade social, a submissão à vontade de Deus (ao postular uma capacidade humana de orientar essa vontade) e a solidariedade social. Por sua vez, o ritual médico impõe desigualdade social, poder humano e superioridade e distinção social. O médico é um sacerdote, mas é o sacerdote de deus nenhum, ele advoga para si mesmo o poder divino para curar, para decidir a vida e a morte.

Obviamente, o importante não é tanto que a administração da TRO precise ser despida de todo ritual, mas que para ser efetivo o ritual de administração da TRO deve se referir a uma construção compartilhada da realidade e ser isento de demonstrações de diferenças de *status* e valores sociais. A TRO precisa recuperar seu *status* de tecnologia simples, e não de mercadoria. Acreditamos que isso é mais bem realizado quando paciente e curandeiro pertencem à mesma subcultura e classe social. As mães preferem os curandeiros, que as entendem, as incluem na terapia e as tratam com respeito. Infelizmente, no Brasil de hoje, poucos profissionais médicos fazem isso.

Uma tecnologia simples como a TRO não só pode como deve ser usada por curandeiros e mães em suas próprias casas, para permitir que as famílias tratem seus filhos e, no processo, compreendam seu próprio poder e potencial de auto-suficiência. Nosso projeto demonstra não só a possibilidade como a viabilidade da abordagem culturalmente sensível, baseada na comunidade.

## Nota

1 Originalmente publicado como "Mystification of a simple solution: oral rehydration therapy in Northeast Brazil" em *Social Science & Medicine*, 27(1): 25-38, 1988.

# Referências


ACHENSON, J. M. Limited good or limited goods? Response to economic opportunity in a Tarascan pueblo. *American Anthropologist*, 74: 1.152-1.169, 1972.

AGUIRRE, A. Columbia: the family in Candelária. *Studies in Family Planning*, 1: 11, 1966.

AMMAR, H. *Growing up in an Egyptian Village: Silwa, Province of Aswan*. London: Routledge and Kegan Paul, 1954.

ARAGÃO, B. R. *História do Ceará: síntese didática*. Fortaleza: Imprensa Oficial do Ceará, 1987. v. 5.

ARAÚJO, J. G. Um programa de assistência materno-infantil em zona rural do Ceará. *A Saúde no Brasil*, 1(2): 96-102, 1983.

AVERILL, J. R. Grief: its nature and significance. *Psychological Bulletin*, 70: 721-748, 1968.

AZEVEDO, T. Family, marriage, and divorce in Brazil. *In*: HEALTH, D. & ADAMS, R. (Eds.). *Contemporary Cultures and Societies in Latin America*. New York: Random House, 1965.

BARRETO, A. *La Médecine Populaire dans le Sertão Aujourd'hui*, 1985. Thèse de Doctorat, Lyon: Département de Sociologie, Université de Lyon.

BARRETO, J. A. E. & MOREIRA, R. V. O. *O Problema da Indução: o cisne negro existe*. Fortaleza: Edições dos Autores, 1993.

BEALS, R. L. Social stratification in Latin America. *The American Journal of Sociology*, 58: 327-339, 1953.

BECKER, E. *The Denial of Death*. New York: The Free Press, 1973.

BERGER, P. L. & LUCKMAN, T. *The Social Construction of Reality*. Garden City: Doubleday, 1966

BERLINCK, M. J. *The Structure of the Brazilian Family in the City of São Paulo*, 1969. Ithaca, NY: Cornell University Latin America Studies Program. (Dissertation Series, 12)

BIBEAU, G. New legal rules for an old art of healing: the case of the Zairian Healers' Associations. *Social Science & Medicine*, 16: 1.843-1.849, 1982.

BLACK, R. E.; BROWN, K. H. & BECKER, S. Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence, among young children in a longitudinal study in rural Bangladesh. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 39: 87-94, 1984.

BLANCO, M. *Race and Face among the Poor: the language of color in a Brazilian barrio*, 1978. Tese de Doutorado, Palo Alto: Stanford University.

BLUMHAGEN, D. Hyper-tension: a folk illness with a medical name. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4: 197-227, 1980.

BOGEN, L. A. Childhood bereavement: preventability and the coping process. *In*: Showalter, J. *et al*. *The Child and Death*. New York: Columbia University Press, 1983.

BOMGAARS, M. R. Undernutrition: cultural diagnosis and treatment of runche. *Jama*, 236(22): 2.513, 1976.

BOWLBY, J. Process of mourning. *International JournaI of Psychoanalysis*, 43: 317-340, 1961.

BOWLBY, J. *Loss: sadness and depression and attachment and loss*. New York: Basic Books, 1980. v. 3.

BRASS, W. *Methods for Estimating Fertility and Mortality from Limite and Defective Data*. Chapel Hill: University of North Carolina Laboratories for Population Statistics, Carolina Population Center, 1975.

BRASS, W. & COALE, A. J. Methods of analysis and estimation. *In*: BRASS, W. (Ed.). *The Demography of Tropical Africa*. Princeton: University Press, 1968.

BRITANNICA WORLD LANGUAGE DICTIONARY. Chicago, London: Encyclopaedia Britannica, Inc., 1965.

BURNS, E. *A History of Brazil*. 2. ed. New York: Columbia University Press, 1980

BUTTERWORTH, D. A Study of the urbanization process among Mixtec migrants from Tilantonga in Mexico City. *In*: MANGIN, W. (Ed.). *Peasants in Cities*. Boston: Houghton Mifflin, 1970.

CAPRA, F. *O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.* São Paulo: Cultrix, 1982.

CASSIDY, C. M. Benign neglect and toddler malnutrition. *In*: GREENE, L. S. & JOHNSTON, F. E. (Eds.). *Social and Biological Predictors of Nutritional Status, Physical Growth, and Neurological Development*. New York: Academic Press, 1980.

CASTRO, J. *Death in the Northeast*. New York: Random House, 1966.

CHALMERS, A. F. *Science as Knowledge Derived from the Facts of Experience: what is this thing called science?* 3. ed. Indianapolis: Hackett Pub. Co., 1999.

CHURCH, M. A. Fluids for the sick child: a method for teaching mothers. *Tropical Doctor*, 2: 119-121, 1972.

CLEMENTS, M. L. Sudan community-based family health project: Trip Report. University of Maryland, 21 August-2 September, 1980. Unpublished.

CLEMENTS, M. L. *et al*. Comparison of simple sugar/salt versus glucose/electrolyte oral rehydration solutions in infant diarrhoea. University of Maryland. Unpublished.

COLE, D.; RODRIGUEZ, J. & COLE, S. Locus of control in Mexicans and Chicanos: the case of the missing fatalist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(6): 1.323-1.329, 1978.

COMISSÃO PASTORAL DA TERRA; CENTRO PASTORAL DE CATEQUESE & INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS (CPT/CEPAC/IBASE). *O Genocídio do Nordeste 1919-1983*. São Paulo: Edições Mandacaru, 1984.

CORDEIRO, J. *Os Índios no Ceará: massacre e resistência*. Fortaleza: Hoje Assessoria em Educação, 1989.

COURBAGE, Y. & FARGUES, P. A method for deriving mortality estimates from incomplete vital rates. *Population Studies*, 33(1): 165-180, 1979.

COUSINS. N. *The Healing Heart*. New York: W. W. Norton and Co, 1983.

CRANDON, L. Why *Susto*? *Ethnology*, 22(2): 153-167, 1983.

CRANDON, L. Grassroots, herbs, promoters, and preventions: a reevaluation of contemporary international health care planning. The Bolivian case. *Social Science & Medicine*, 17(17): 1.281-1.289, 1985.

CRANDON, L. Medical dialogue and the political economy of medical pluralism: a case from rural highland Bolivia. *American Ethnologist*, 13(3): 463-476, 1986.

CRANE, D. Decisions to treat critically ill patients: a comparison of social versus medical considerations. *Milbank Memorial Fund Quarterly Winter*: 1-33, 1975.

CRAVIOTO, J. & DELICARIE, E. R. Microenvironmental factors in severe protein-calorie malnutrition. *In*: SCRIMSHAW, N. & BEHAR, M. (Eds.). *Nutrition and Economic Development, Significance and Potential for the Tropics*. New York: Plenum Press, 1976.

CUTTING, W. A. M. Rehydration solutions and domestic measurements (letter). *The Lancet*, 8.039: 663-664, 1977.

CUTTING, W. A. M. & HAWKINS, P. The role of water in relation to diarrheal disease. *The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 85: 31-39, 1982.

CUTTING, W. A. M. & LANGMUIR, A. D. Oral rehydration in diarrhea: applied physiopathology. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 74(1): 30-35, 1980.

DAVIDSON, J. The survival of traditional medicine in a Peruvian *barriada*. *Social Science &Medicine*, 17(17): 1.271-1.280, 1983.

DELLA CAVA, R. *Miracle at Joazeiro*. New York: Columbia University Press, 1970.

DIAZ, M. Economic relations in a peasant society. *In*: POTTER, J. M.; DIAZ, M. & FOSTER, G. (Eds.). *Peasant Society: a reader*. Boston: Little, Brown, 1967.

DIAZ, M. & POTTER, J. The social life of peasants. *In*: POTTER, J. M.; DIAZ, M. & FOSTER, G. (Eds.). *Peasant Society: a reader*. Boston: Little, Brown, 1967.

DICIONÁRIO ESCOLAR INGLÊS-PORTUGUÊS/PORTUGUÊS-INGLÊS. Org. O. Serpa. Rio de Janeiro: Fename, 1983.

DOUGLAS, M. *Natural Symbols*. New York: Random House, 1973.

DRELL, M. The call: anticipatory guidance for the death of family's newborn. *Pediatrics in Review*, 8(7): 196-199, 1987.

DUARTE JR., J. F. *O Que é Realidade?* São Paulo: Brasiliense, 1984.

DUNDES, A. The dead baby joke cycle. *Western Folklore*, 38(3): 145-157, 1979.

EBRAHIM, G. J. Persistent diarrhea: editorial. *Journal of Tropical Pediatrics*, 36: 50-51, 1990.

EGEMAN, A. & BERTAN, M. A study of oral rehydration therapy by midwives in a rural area near Ankara. *Bulletin of the World Health Organization*, 58(2): 333-338, 1980.

EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry,* 1: 9-23, 1977.

EISENBRUCH, M. Cross cultural aspects of bereavement I: a conceptual framework for comparative analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8: 283-309, 1984a.

EISENBRUCH, M. Cross cultural aspects of bereavement II: ethnic and cultural variations in the development of bereavement practices. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8: 315-347, 1984b.

ELLERBROCK, T. V. Oral replacement therapy in rural Bangladesh with home ingredients. Dacca, Bangladesh, Bangladesh Rural Advancement Committee, 1979. Unpublished.

ENGELS, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-135, 1977.

ERASMUS, C. *Man Takes Control*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1961.

ESCUDERO, J. C. On lies and health statistics: some Latin American examples. *International Journal of Health Services*, 10(3): 421-434, 1980.

FARRAR, W. E. Antibiotic resistance in developing countries. *The Journal of Infectious Diseases*, 152: 1.103-1.106, 1985.

FEENEY, G. Estimating infant mortality trends from child survivorship data. *Population Studies*, 34(1): 109-128, 1980.

FINERMAN, R. A matter of life and death: health care change in an Andean Community. *Social Science & Medicine*, 18(4): 329-334, 1984.

FISHLOW, A. Brazilian size distribution of income. *The American Economic Review*, 62: 391-402, 1972.

FORMAN, S. *The Brazilian Peasantry*. New York: Columbia University Press, 1975.

FOSTER, G. *Cofradia* and *Compadrazgo* in Spain and Spanish America. *Southwestern Journal of Anthropology*, 9: 1-28, 1953a.

FOSTER, G. M. Relationships between Spanish and Spanish-American folk medicine. *The Journal of American Folklore*, 66: 201-217, 1953b.

FOSTER, G. *Problems in Intercultural Health Practice*. New York: Social Science Research Council, 1958. (Pamphlet 12)

FOSTER, G. Peasant society and the image of limited good. *American Anthropologist*, 67: 293-315, 1965.

FOSTER, G. *Tzintzuntzan Mexican Peasants in a Changing World*. Boston: Little, Brown, 1967a.

FOSTER, G. Peasant character and personality. *In*: POTTER, J.; DIAZ, M. & FOSTER, G. (Eds.). *Peasant Society: a reader*. Boston: Little, Brown, 1967b.

FOSTER, G. What is a peasant? *In*: POTTER, J. M.; DIAZ, M. & FOSTER, G. (Eds.). *Peasant Society: a reader*. Boston: Little, Brown, 1967c.

FOSTER, G. The anatomy of envy: a study in symbolic behavior. *Current Anthropology*, 13(3): 165-202, 1972.

FOSTER, G. *Traditional Societies and Technological Change*. New York: Harper and Row, 1973.

FOSTER, G. Godparents and social networks is Tzintzuntzan. *Southwestern Journal of Anthropology*, 24(3): 261-278, 1979.

FREEMAN, H. E.; LEVINE, S. & REEDER, L. G. (Eds.). *Handbook of Medical Sociology*. 2. ed. Engelwood Cliffs: Prentice-Hill, 1972.

FREIRE, P. *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Herder & Herder, 1970.

FREYE, G. *The Masters and the Slaves: a study in the development of Brazilian Civilization*. New York: Knopf, 1963a.

FREYE, G. *The Mansions and the Shanties: the making of modern Brazil*. New York: Knopf, 1963b.

FREYE, G. The patriarchal basis of Brazilian society. *In*: MAIER, J. & WETHERHEA, R. W. (Eds.). *Politics of Change in Latin America*. New York: Praeger, 1964.

FRIEDMAN, F. G. The World of *'La Miseria'*. *In*: POTTER, J. M.; DIAZ, M. & FOSTER, G. (Eds.). *Peasant Society: a reader*. Boston: Little, Brown, 1967.

FRIEDSON, E. Client control and medical practice. *The American Journal of Sociology*, 65: 374-382, 1960.

FRIEDSON, E. The organization of medical practice. *In*: FREEMAN, H. (Ed.). *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.

FRIEDSON, E. *Professional Dominance*: *the social structure of medical care*. New York: Atherton Press, 1970.

FRIEDSON, E. *Profession of Medicine*. New York: Doubleday, 1973.

FROMM, E. & MACCOBY, M. *Social Character in a Mexican Village*. New York: Prentice-Hall, 1970.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (FIBGE). *Indicadores Sociais.* Rio de Janeiro: FIBGE, 1979.

FUTTERMAN, E. & HOFFMAN, I. Mourning the fatally III child. *In*: SHOWALTER, J. *et al*. (Eds.). *The Child and Death*. New York: Columbia University Press, 1983.

GEERTZ, C. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books, 1973.

GERBER, E. R. Rage and obligation: Samoan emotions in conflict. *In*: WHITE, G. M. & KIRKPATRICK, J. (Eds.). *Person, Self, and Experience*. Berkeley: University of California Press, 1985.

GLANTZ, L. & SWAZEY, J. Decisions not to treat: the Saikewicz case and its aftermath. *Forum on Medicine*, January: 22-32, 1979.

GOFFMAN. E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Garden City: Doubleday and Co. Inc., 1959.

GOLDEN, S. & DUSTER, M. Hazards of misdiagnosis due to Vietnamese folk medicine. *Clinical Pediatrics*, 16(10): 949-950, 1977.

GOLDMAN. A. Immunologic factors in human milk during the first year of lactation. *Journal of Pediatrics*, 100: 563, 1982.

GREENFIELD, S. M. The return of Dr. Fritz: spiritist healing and patronage networks in urban, industrial Brazil. *Social Science & Medicine*, 24: 1.095-1.108, 1987.

GREINER, T.; VAN ESTERIK, P. & LATHAM, M. C. The insufficient milk syndrome: an alternative explanation. *Medical Anthropology*, 5(2): 232-247, 1981.

GUERRANT, R. L; MCAULIFFE, J. F. & SOUZA, M. A. Mortality among rural and urban families: an indicator of development and implications for the future. *In*: GUERRANT, R. L.; SOUZA, M. A. & NATIONS, M. K. (Eds.). *At the Edge of Development: health crises in a transitional society*. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press, 1996.

GUERRANT, R. L. *et al*. Prospective study of diarrheal illnesses in northeastern Brazil: patterns of disease, nutritional impact, etiologies and risk factors. *The Journal of Infectious Diseases*, 148: 986-997, 1983.

GUSSLER, J. & BRIESMEISTER, L. The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation. *Medical Anthropology*, 4(2): 145-174, 1980.

HALL, E. T. *The Silent Language*. Garden City: Anchor Press, 1959.

HALPERN, W. Parental mortification and restitutional efforts upon the sudden death of a child. *In*: SHOWALTER, J. *et al*. (Eds.). *The Child and Death*. New York: Columbia University Press, 1983.

HALSTEAD, S. B.; WALSH, J. & WARREN, K. B. (Eds.). Good health at low cost. *In*: CONFERENCE HELD AT THE BELLAGIO CONFERENCE CENTER, Bellagio, 29 April-3 May, New York. *Anais*... New York: The Rockefeller Foundation, 1985.

HAMMEL, E. Culture as an information system. *Kroeber Anthropology Association Papers*, 31: 83-91, 1964.

HARBLIN, T. *Urbanization, Industrialization, and Low-Income Family Organization in São Paulo, Brazil*, 1971. Dissertação de Mestrado, Ithaca: Latin American Studies Program, Cornell University.

HARLAN, G. *et al*. Composition of oral solutions prepared by Jamaican mothers for treatment of diarrhea. *The Lancet*, 1: 600-601, 1981.

HARWOOD, A. The hot-cold theory of disease: implication for treatment of Puerto Rican patients. *Jama*, 216: 1.153-1.158, 1971.

HAZUDA, H.; STERN, M. P. & HAFFNER, S. M. Fatalistic attitudes and utilization of health care services among Mexican Americans and Anglo-Americans. *In*:

PROCEEDINGS 40th ANNUAL NATIONAL MEETING OF THE AMERICAN FEDERATION FOR CLINICAL RESEARCH (AFMR), Washington, DC, USA, April 29-May 2, 1983.

HEALTH, D. (Ed.). *Contemporary Cultures and Societies of Latin America: reader in the social anthropology of Middle and South America*. 2. ed. New York: Random House, 1974.

HENSLIN, J. M. & BIGGS, M. A. Dramaturgical desexualization: the sociology of the vaginal exam. *In*: HENSLIN, J. (Ed.). *Studies in the Sociology of Sex*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1971.

HIGGINS, C. M. Integrative aspects of folk and Western medicine among the poor of Oaxaca. *Anthropological Quarterly*, 48: 31-37, 1975.

HILL, K. & TRUSSELL, J. T. Further development in indirect mortality estimation. *Population Studies*, 31: 313-334, 1977.

HIRSCHHORN, N. Oral rehydration therapy for diarrhea in children: a basic primer. *Nutritional Reviews*, 40: 97-104, 1982.

HIRSCHHORN, N. *et al*. Oral rehydration therapy: the scientific and technological basis. *In*: INTERNATIONAL CONFERENCE ON ORT, 7 June, 1983, Washington.

HOROWITZ, L. *Masses in Latin America*. New York: Oxford University Press, 1970.

ILLICH, I. *Medical Nemesis*. Toronto: Bantam Books, 1976.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: aspectos socioeconômicos da mortalidade infantil em áreas urbanas*. Rio de Janeiro: IBGE, 1986.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). Lactation, fertility, and the working woman. *IPPF Medical Bulletin*, 11: 1-2, 1977.

JELLIFFE, D. Social culture and nutrition cultural blocks and protein malnutrition in early childhood in rural West Bengal. *Pediatrics*, 20: 128-138, 1957.

JELLIFFE, D. Commerciogenic malnutrition? Time for a dialogue. *Food Technology*, 25: 55, 1971.

JELLIFFE, D. & JELLIFFE, E. F. P. *Human Milk in the Modern World*. Oxford: Oxford University Press, 1978.

JOYCE, C. A. Time for grieving. *Psychology Today*, 18(11): 42-46, 1984.

JUAREZ, O. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 1989.

KEARNEY, M. *The Winds of Ixtepeji: world view and society in a Zapotec town*. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1972.

KENNEDY, J. Peasant society and the image of limited good: critique. *American Anthropologist*, 68: 1.212-1.225, 1966.

KENT, M. *Breastfeeding in the Developing World: current patterns and implications for future trends*. Washington: Population Reference Bureau, 1981.

KIELMAN, A. A. *et al*. Home treatment of childhood diarrhea in Punjab village. *The Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health*, 23: 197-201, 1977.

KIEV, A. *Curanderismo: Mexican-American folk psychiatry*. New York: The Free Press, 1968.

KLEINMAN, A. Explanatory models in health care relationships. *In*: *Health of the Family*. Washington: National Council for International Health Symposium, 1975.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12, 85-93, 1978.

KLEINMAN, A. Culture, health care systems and clinical reality. *In*: KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture: an exploration of the borderland between anthropology and psychiatry.* Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. *The Illness Narratives: suffering, healing & the human condition.* New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, A. & KLEINMAN, J. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of experience. *In*: CONFERENCE OF THE SOCIETY FOR PSYCHOLOGICAL ANTHROPOLOGY, On Current Thinking and Research in Psychological Anthropology, 1, 6-8 Oct., San Diego. *Anais*... San Diego, 1989.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L. & GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-258, 1978.

KROEBER, A. *Anthropology*. New York: Harper and Row, 1948.

KUBLER-ROSS, E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan, 1969.

KUHN, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

LARES, B. *et al.* The cultural context of breast-feeding: perspectives on the recent decline in breast-feeding in Northeast and Northcentral Brazil. *In*: GUERRANT, R. L.; SOUZA, M. A. & NATIONS, M. K. (Eds.). *At the Edge of Development: health crises in a transitional society*. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press, 1996.

LAURENTI, R. Fatores de erros na mensuração da mortalidade infantil. *Revista de Saúde Pública*, 9: 529-537, 1975.

LEACH, E. Ritualization in man in relation to conceptual and social development. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B*, 772: 251-403, 1966.

LEACH, E. Ritual. *In*: SILLS, D. (Ed.). *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: Macmillan, 1968. v. 13.

LEIGHTON, A. Cultural relativity and the identification of psychiatric disorders. *In*: CAUDIL, W. & LIN, T. (Eds.). *Mental Health Research in Asia and the Pacific*. Honolulu: East-West Center Press, 1969.

LÉVI-STRAUSS, C. *The Savage Mind*. Chicago: University of Chicago Press, 1966.

LEVY, R. Emotion, knowing, and culture. *In*: SHWEDER, R. & LEVINE, R. (Eds.). *Culture Theory: essays on mind, self, and emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

LEWIS, O. *Five Families*. New York: Basic Books, 1959.

LEWIS, O. *The Children of Sanchez*. New York: Random House, 1961.

LEWIS, O. The culture of poverty. *Scientific American*, 215(4): 19-25, 1966.

LEWIS, O. *A Death in the Sanchez Family*. New York: Random House, 1969.

LEWIS, M. & LEWIS, D. Dying children and their families. *In*: SHOWALTER, J. *et al*. (Eds.). *The Child and Death*. New York: Columbia University Press, 1983.

LIEBAN, R. Fatalism and medicine in Cebuano areas of the Philippines. *Anthropological Quarterly*, 39: 171-179, 1966.

LIEBAN, R. Traditional medical beliefs and the choice of practitioners in a Philippine city. *Social Science & Medicine*, 10: 289-296, 1976.

LIEBAN, R. The field of medical anthropology. *In*: LANDY, D. (Ed.). *Culture, Disease, and Healing*. New York: Macmillan, 1977.

LIFTON, R. *Death in Life*. New York: Touchstone, 1967.

LIFTON, R. *Home from the War*. New York: Simon and Schuster, 1973.

LIFTON, R. The sense of immortality: on death and the continuity of life. *In*: STANNARD, D. (Ed.). *Death in America*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1977.

LIFTON, R. *The Broken Connection: on death and the continuity of life*. New York: Simon and Schuster, 1979.

LIFTON, R. Medicalized killing at Auschwitz. *Psychology*, 45: 283-297, 1982.

LIFTON, R. & FALK, R. *Indefensible Weapons*. New York: Basic Books, 1982.

LIFTON, R. & OLSON, E. The human meaning of total disaster: the Buffalo Creek experience. *Psychology*, 39: 1-17, 1976.

LIKACS, G. *History and Class Consciousness*. Transl. Livingstone R. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press, 1971.

LIMA, F. G. *et al*. Persistent diarrhea in Northeast Brazil: etiologies and interactions with malnutrition. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1991.

LIPSET, S. M. & SOLARI, A. (Eds.). *Elites in Latin America*. New York: Oxford University Press, 1967.

LOYOLA, M. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difusão Editorial, 1984.

LUTZ, C. & WHITE, G. The anthropology of emotions. *Annual Review of Anthropology*, 15, 1986.

MADSEN, W. Hot and cold in the universe of San Francisco Tecospa Valley of Mexico. *The Journal of American Folklore*, 6: 333-356, 1967.

MADURO, R. *Curanderismo* and Latin views of disease and curing. *Western Journal of Medicine*, 139(6): 868-874, 1983.

MAHALANABIS, D. Feeding practices in relation to childhood diarrhea and malnutrition. *In*: CHEN, L. C. & SCRIMSHAW, N. S. (Eds.). *Diarrhea and Malnutrition*. New York: Plenum Press, 1983.

MALINOWSKI, B. *Magic, Science, and Religion*. Boston, Mass.: Beacon Press, 1948.

MALINOWSKI, B. *Argonauts of the Western Pacific* [1922]. New York: E. P. Dutton and Co., 1966.

MANDELBAUM, D. Social uses of funeral rites. *In*: FEIFEL, H. (Ed.). *The Meaning of Death*. New York: MacGraw Hill, 1965.

MARX, K. *Capital*. New York: Humbolt, 1890.

MATA, L. Acute diarrhea in childhood. *Ciba Foundation Symposium*, 42: 311, 1975.

MCAULIFFE, J. F. *et al*. Prolonged and recurrent diarrhea in the northeast of Brazil: examination of cases from a community-based study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 5: 902-906, 1986.

MCGREEVEY, W. P. The high costs of health care in Brazil. *International Nursing Review*, 36: 13-21, 1989.

MCCLELLAND, D.; MCGRATH, J. & SARNPSON, R. Antimicrobial factors in human milk: studies in concentration and transfer to the infant during the early stages of lactation. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 271, supl.: 1-20, 1978.

MELAMED, A. & SEGALL, M. Spoons for making glucose-salt solution (letter). *The Lancet*, 1(8.077): 1.317-1.318, 1978.

MELLO JORGE, M. H. P. Sub-registro dos eventos vitais. *Revista de Saúde Pública*, 17: 148-151, 1982.

MINTZ, S. & WOLF, E. An analysis of ritual coparenthood (*compadrazgo*). *Southwestern Journal of Anthropology*, 6: 341-368, 1950.

MOORE, S. F. & MYERHOFF, B. G. (Eds.). *Secular Ritual*. Assen, Amsterdam: Van Gorcum, 1977.

MORAN, M. Oral rehydration therapy in home and hospital: experience in rural Nigeria. *Pediatric Nursing*, 2(5): 32-33, 1976.

MOREIRA, M. M.; SILVA, L. M. & MCLAUGHLIN, R. Brazil: country profiles. *The Population Council Bulletin*, May: 1-23, 1978.

MORELLO, T. A spoonful of sugar... *Far Eastern Economic Review*, 119(8): 32-24, 1983.

MULL, D. S. Traditional perceptions of marasmus in Pakistan. *Social Science & Medicine*, 32: 175-191, 1991.

MULL, J. D. & MULL, J. S. Residents' awareness of folk medicine beliefs of their Mexican patients. *Journal of Medical Education*, 56: 520-522, 1981.

MURRAY, B. E. *et al*. Increasing resistance to trimethoprim-sulfamethoxazole among isolates of *Escherichia coli* in developing countries. *The Journal of Infectious Diseases*, 152: 1.107-1.113, 1985.

NAG, M. Factors affecting human fertility in nonindustrialized society. *Yale University Publications in Anthropology*, 66, 1962.

NATIONS, M. K. *Illness of the Child: the cultural context of diarrhea in Northeast Brazil*, 1982. Tese de Doutorado, Berkeley: Anthropology Department, University of California.

NATIONS, M. K. Spirit possession to enteric pathogens: the role of traditional healing in diarrheal diseases control. *In*: CASH, R. A. & MCLAUGHLIN, J. (Eds.). *Proceedings of The International Conference on Oral Rehydration Therapy*, June 1983, Washington. Washington: Agency for International Development, Bureau for Science and Technology, 1983.

NATIONS, M. K. Consideration of cultural factors in child health. *In*: HALSTEAD, S. B.; WALSH, J. A. & WARREN, K. S. (Eds.). *Good Health at Low Cost*. Proceedings of a conference held at the Bellagio Conference Center, Bellagio, Italy, April 29-May 3. New York: The Rockefeller Foundation, 1985.

NATIONS, M. K. & AMARAL, M. Search for a solution: blending oral rehydration therapy (ORT) and popular medicine. *In*: GUERRANT, R. L.; SOUZA, M. A. & NATIONS, M. K. (Eds.). *At the Edge of Development: health crises in a transitional society*. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press, 1996.

NATIONS, M. K. & BARRETO, A. Culture, saints and cures in the *sertão*. *In*: GUERRANT, R. L.; SOUZA, M. A. & NATIONS, M. K. (Eds.). *At the Edge of Development: health crises in a transitional society*. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press, 1996.

NATIONS, M. K. & FARIAS, M. F. *Jeitinho brasileiro*: cultural creativity and making the medical system work for poor brazilians. *In*: CALDWELL, J. *et al*. (Eds.). *What We Know about Health Transition: the cultural, social and behavioral determinants of health*. Canberra: Australian National University, 1990. (Health Transition Series, II, 2)

NATIONS, M. K. & REBHUN, L. A. Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Northeast Brazil and the image of neglect. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12: 141-200, 1988a.

NATIONS, M. K. & REBHUN, L. A. Mystification of a simple solution: oral rehydration therapy in Northeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 27(1): 25-38, 1988b.

NATIONS, M. K.; ANDRADE, F. M. & BARRETO, A. P. *Rezas e Soro Salvando Crianças: como motivar passo a passo os curandeiros populares a curar a diarréia e desidratação na comunidade.* Fortaleza: Fundação Instituto Conceitos Culturais & Medicina, 1997.

NATIONS, M. K.; CAMINO, L. & WALKER, F. B. Hidden popular illnesses in primary care: residents' recognition and clinical implications. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 9: 223-240, 1985.

NATIONS, M. K.; CAMINO, L. A. & WALKER, F. B. 'Nerves': folk idiom for anxiety and depression? *Social Science & Medicine*, 26: 1.245-1.259, 1988.

NATIONS, M. K. *et al*. *The Role of Traditional Healers and Folk Etiologies in Diarrheal Diseases Control*. Cleveland: The American Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1982.

NATIONS, M. K. *et al.* Mobilization of traditional healers in the delivery of Oral Rehydration Therapy (ORT). Primary Care Operations Research, Final Report. Washington, D.C., 1986. Unpublished.

NATIONS, M. K. *et al*. Brazilian popular healers as effective promoters of oral rehydration therapy (ORT) and related child survival strategies. *Bulletin of Pan-American Health Organization*, 22: 335-354, 1988.

NEUMAN, A. *et al*. Role of the indigenous medicine practitioner in two areas of India: report of a study. *Social Science & Medicine*, 5: 137-149, 1971.

NEWTON, N. & NEWTON, M. Psychologic aspects of lactation. *Northeastern Journal of Medicine*, 277(22): 1.179-1.188, 1967.

NICHTER, M. Kyasanur forest disease: an ethnography of disease of development. *Medical Anthropology Quarterly*, 1: 406-423, 1987.

NICHTER, M. Use of social science research to improve epidemiologic studies of and interventions for diarrhea and dysentery. *Reviews of Infectious Diseases*, 13, supl. 3: 142-151, 1991.

O POVO. Descoberto cemitério clandestino. *O Povo*, Rio de Janeiro, 22 jul. 1989, p. 12A.

OBEYESEKERE, G. Depression, buddhism, and the work of culture in Sri Lanka. *In*: KLEINMAN, A. & GOOD, B. (Eds.). *Culture and Depression*. Berkeley: University of California Press, 1985.

PALLONI, A. A new technique to estimate infant mortality with an application to El Salvador and Colombia. *Demography*, 16(3): 455-473, 1979.

PARKER, R. L. *et al*. Oral rehydration therapy (ORT) for childhood diarrhea. *Population Reports*, Series L, 2, Nov.-Dec. 1980.

PAUL, B. D. *Ritual Kinship with Special Reference to Godparenthood in Middle America*, 1942. Dissertação de Mestrado, Chicago: University of Chicago.

PEATTIE, L. *A View from the Barrio*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1968.

PEDERSEN, D. & COLOMA, C. Traditional medicine in Ecuador: the structure of the non-formal health systems. *Social Science & Medicine*, 17(17): 1.249-1.255, 1983.

PIERS, M. *Infanticide*. New York: W. W. Norton, 1978.

PILLSBURY, B. *Reaching the Rural Poor: indigenous health practitioners are there already*. Washington D. C.: Usaid, 1979. (Program Evaluation Discussion Paper Series, 1)

PIZZARO, D. *et al*. Evaluation of oral therapy for infant diarrhea in an emergency room setting: the acute episode as an opportunity for instructing mothers in home treatment. *Bulletin of the World Health Organization*, 57(6): 983-986, 1979.

POLLIT, E. Behavior of infants in causation of nutritional marasmus. *American Journal of Clinical Nutrition*, 26: 264-270, 1973.

POPPER, K. L. *Conjectures and Refutations: the growth of scientific knowledge.* London: Routledge, 1963.

POTTER, J.; DIAZ, M. & FOSTER, G. *Peasant Society: a reader*. Boston: Little, Brown, 1967.

PRESS, I. The urban *curandero*. *American Anthropologist*, 73: 741-756, 1971.

PRESTON, S. H. & PALLONI, A. Fine-tuning Brass-type mortality estimates with data on ages of children surviving. *Population Bulletin of the United Nations*, 10: 72-91, 1978.

PRUGH, D. & HARLOW, R. Deprivation of maternal care. *In*: AINSWORTH, M. (Ed.). *Deprivation of Maternal Care: a reassement of its effects*. New York: Schocken, 1966.

POUDAYL, L. & THAPA, R. Diarrhoeal diseases research study: preliminary findings on feasibility of homemade oral rehydration solution. Addenbrooke's Hospital, Cambridge, 1980. Unpublished.

PUFFER, R. & SERRANO, C. *Patterns of Mortality in Childhood*. Geneva: Pan-American Health Organization Scientific Publications 262, 1973.

RAPHAEL, B. *The Anatomy of Bereavement*. New York: Basic Books, 1983.

READ, M. *Culture, Health, and Disease*. New York: Tavistock Publications, Inc, 1966.

REDFIELD, R. The folk society. *American Journal of Sociology*, 52: 292-308, 1947.

REDFIELD, R. *The Primitive World and its Transformations*. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1953.

REDFIELD, R. *The Little Community: viewpoints for the study of a human whole*. Chicago: University of Chicago Press, 1955.

REDFIELD, R. *Peasant Society and Culture*. Chicago: University of Chicago Press, 1956.

RICHARDSON, J. Review of international legislation establishing nursing breaks. *Journal of Tropical Pediatrics*, 21: 249-258, 1975.

ROHDE, J. E. & NORTHRUP, R. S. Taking science where the diarrhea is. *In*: ACCUTE DIARRHOEA IN CHILDHOOD, CIBA FOUNDATION SYMPOSIUM, 42, 1976, Amsterdam.

ROHER, R. *They Love Me, They Love Me Not*. New Haven: Human Relations Area Files Press, 1975.

ROSENBERG, E. M. Ecological effects of sex-differential nutrition. Paper presented to the American Anthropological Association. New Orleans, 1973.

ROSENBERG, I. H. *et al*. Malabsorption associated with diarrhea and intestinal infections. *American Journal of Clinical Nutrition*. 30: 1.248-1.253, 1977.

ROSS, C.; MIROWSKY, J. & COCKERHAM, W. Social class, Mexican culture, and fatalism: their effects on psychological distress. *American Journal of Community Psychiatry*, 11(4): 383-399, 1983.

RUSSELL, S. Curing and commerce: changes in an indigenous medical practice in a highland Philippine town. *Social Science & Medicine*, 18(2): 129-137, 1984.

SACK, D. A. *Lobon-gur (common salt and brown sugar) Oral Rehydration Solution in the Diarrhea of Adults*. Dacca: International Centre for Diarrheal Disease Research, Bangladesh, April 1980. (Scientific Report, 36)

SCHEPER-HUGHES, N. Infant mortality and infant care: cultural and economic constraints on nurturing in Northeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 19(5): 535-546, 1984.

SCHEPER-HUGHES, N. Culture, scarcity, and maternal thinking: maternal detachment and infant survival in a Brazilian shantytown. *Ethos*, 13(4): 291-317, 1985.

SCHIFF, H. S. (Ed.). *The Bereaved Parent*. New York: Crown Books, 1977.

SCHORLING, J. B.; SOUZA, M. A. & GUERRANT, R. L. Identification of the high risk child for life-threatening diarrhea and respiratory illness. *In*: GUERRANT, R. L.; SOUZA, M. A. & NATIONS, M. K. (Eds.). *At the Edge of Development: health crises in a transitional society*. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press, 1996.

SCHORLING, J. B. *et al*. A prospective study of persistent diarrhea among children in an urban Brazilian slum. *American Journal of Epidemiology*, 132: 144-156, 1990a.

SCHORLING, J. B. *et al*. Malnutrition is associated with increased diarrheal incidence and duration among children in an urban Brazilian slum. *International Journal of Epidemiology*, 19:728-735, 1990b.

SCOTT, C. S. Health and healing practices among five ethnic groups in Miami, Florida. *Public Health Reports*, 89: 524-532, 1974.

SCRIMSHAW, N. Infant mortality and behavior in the regulation of family size. *Population and Development Review*, 4: 383-403, 1978.

SCRIMSHAW, N.; TAYLOR, C. E. & GORDON, J. E. *Interactions of Nutrition and Infection*. Geneva: WHO, 1968. (WHO Monograph Series, 57)

SEBRALL JR., W. & KING, K. The role of community mothercraft centers in combatting malnutrition. *Bibliotheca Nutritio et Dieta*, 14: 34-42, 1975.

SEIDEL, J. V.; KJOLSETH, R. & SEYMOUR, E. *The Ethnography*. Littleton: Qualis Research Associates, 1988.

SHAHID, N. S. *et al*. Changing pattern of resistant *Shiga bacillus* (*Shigella dysenteriae* type 1) and *Shigella flexneri* in Bangladesh. *The Journal of Infectious Diseases*, 152: 1.114-1.119, 1985.

SHAHID, N. S. *et al*. Risk factors for persistent diarrhea. *British Medical Journal*, 297: 1.096-1.098, 1988.

SHIELDS, D. *et al*. Electrolyte/glucose concentration and bacterial contamination in home-prepared oral rehydration solution: field experiment in Northeastern Brazil. *Journal of Pediatrics*, 98(5): 839-841, 1981.

SHORTER, E. Maternal sentiment and death in childbirth: a new agenda for psychomedical history. *In*: BRANCA, P. (Ed.). *The Medicine Show, Patients, Physicians, and the Perplexities of the Health Revolution in Modern Society*. New York: Science History Press, 1977.

SHOWALTER, J. *et al*. *The Child and Death*. New York: Columbia University Press, 1983.

SIMÕES, C. C. S. & ORTIZ, L. P. A mortalidade infantil no Brasil nos anos 80. *Indicadores do IBGE*, 7(7): 85-88, 1988.

SNOW, L. Folk medical beliefs and their implications for care of patients: a review based on studies among black Americans. *Annals of Internal Medicine*, 81: 82, 1974.

SNOW, L. A medical anthropologist voices a note of caution: 'high blood' is not high blood pressure. *Urban Health*, 5(3): 54-55, 1976.

SNOW, L. Myths about menstruation: victims of our own folklore. *International Journal of Women's Studies*, 1: 64-72, 1977.

SONTAG, S. *Illness as Metaphor*. New York: Random House, 1977.

SORICELLI, B. Mourning the death of a child: the family and group process. *Social Work*, Sep/Oct. 1985.

SPRADLEY, J. P. *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.

SRINIVAS, M. *Marriage and Family in Mysore*. Bombay: New Book Co, 1942.

STRICKON, A. & GREENFIELD, S. *Structure and Process in Latin America: patronage, clientage, and power systems*. Albuquerque: University of New Mexico Press, 1972.

TAUSSIG, M. *The Devil and Commodity Fetishism in South America*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1980.

THEN-TOE *et al*. Oral rehydration therapy in the home by village mothers in Burma. *Transact Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 78: 581-589, 1984.

TIME. Fewer bells for the little angels. *Time*, 6 May, 1991, p. 73.

TURNER, V. *The Forest of Symbols*. Ithaca: Cornell University Press, 1967.

TURNER, V. *The Drums of Affliction*. Oxford: Clarendon Press, 1968.

TURNER, V. *The Ritual Process: structure and anti-structure*. Chicago: Aldine, 1969.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). *State of the World's Children*. Oxford: Oxford University Press, 1985.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). *Situação Mundial de Infância 1986: o lado brasileiro*. Brasília: Unicef no Brasil, 1986.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). *Crise e Infância no Brasil: o impacto das políticas de ajustamento econômico*. Brasília: Unicef, 1988.

VALENTINE, C. *Culture and Poverty: critique and counter-proposals*. Chicago: University of Chicago Press, 1968.

VAN ESTERIK, P. & LATHAM, M. Reply to Gussler and Brismeister's reply. *Medical Anthropology*, 52: 253-257, 1981.

VAN EYS, J. Feeding the dying child: ethical decision making in a new guise. *In*: SHOWALTER, B. *et al*. (Eds.). *The Child and Death*. New York: Columbia University Press, 1983.

VICTORA, C. G. & BARROS, F. C. *A Saúde das Crianças Cearenses: um estudo de 8.000 famílias*. Fortaleza: Unicef, 1989. Relatório final. (Mimeo.)

WAGLEY, C. *et al*. *Race and Class in Rural Brazil*. 2. ed. New York: Unesco, International Documents Services, 1952.

WAITZKIN, H. *The Second Sickness*. New York: The Free Press, 1983.

WALSH, J. & WARREN, K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *Northeastern Journal of Medicine*, 301: 967-974, 1979.

WALVIN, J. Dying and mourning: the English case. *In*: DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS/UNITED NATIONS. Consequences of mortality trends and differentials. *Population Studies*, 95: 60-65, 1986.

WANKE, C. A.; MCAULIFFE, J. F. & GUERRANT, R. L. Pathogenesis of prolonged diarrhea. *In*: GUERRANT, R. L.; SOUZA, M. A. de & NATIONS, M. K. (Eds.). *At the Edge of Development: health crises in a transitional society*. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press, 1996.

WANKE, C. A. *et al*. Prospective study of etiologic agents of persistent diarrhea in Brazil. *In*: INTERSCIENCE CONFERENCE ON ANTIMICROBIAL AGENTS AND CHEMOTHERAPY, 26, Washington. *Anais*... Washington, 1986.

WANKE, C. A. *et al*. Adherence traits of *E. coli* alone and in association with other stool pathogens: potential role in pathogenesis of persistent diarrhea in an urban Brazilian slum. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 10(10): 746-751, 1991.

WARD, W. & SANDERS, J. H. Nutritional determinants and migration in the Brazilian Northeast: a case study of rural and urban Ceará. *Economic Development and Cultural Change*, 29: 141-163, 1980.

WERNER, D. *Where There is no Doctor*. Palo Alto: The Hesperin Foundation, 1977.

WERNER, D. & BOWER, B. *Helping Health Workers Learn*. Palo Alto: The Hesperian Foundation, 1982.

WILSON, G. Nyakyusa conventions of burial. *Bantu Studies*, 13: 1-31, 1939.

WOLF, M. *The House of Lim*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.

WOOD, C. The political economy of infant mortality in São Paulo, Brazil. *International Journal of Health Services*, 12(2): 215-229, 1982.

WORLD BANK. *Poverty: world development report 1990*. New York: Oxford University Press, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Programmes of Analysis of Mortality Trends ad Levels*. Geneva: WHO, 1970. (WHO Technical Report Series, 440)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health Manpower Development: training and utilization of traditional healers and their collaboration with health care delivery systems*. Geneva: WHO, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Contemporary Patterns on Breastfeeding: report on the WHO collaborative study on breastfeeding*. Geneva: WHO, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Persistent diarrhea in children in developing countries: report of a WHO meeting. Geneva, 14-17 December 1987.

YODER, P. S. Biomedical and ethnomedical practice in rural Zaire: contrasts and complements. *Social Science & Medicine*, 16: 1.851-1.857, 1982.

YOUNG, J. C. *Medical Choice in a Mexican Village*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1981.

# Imagens

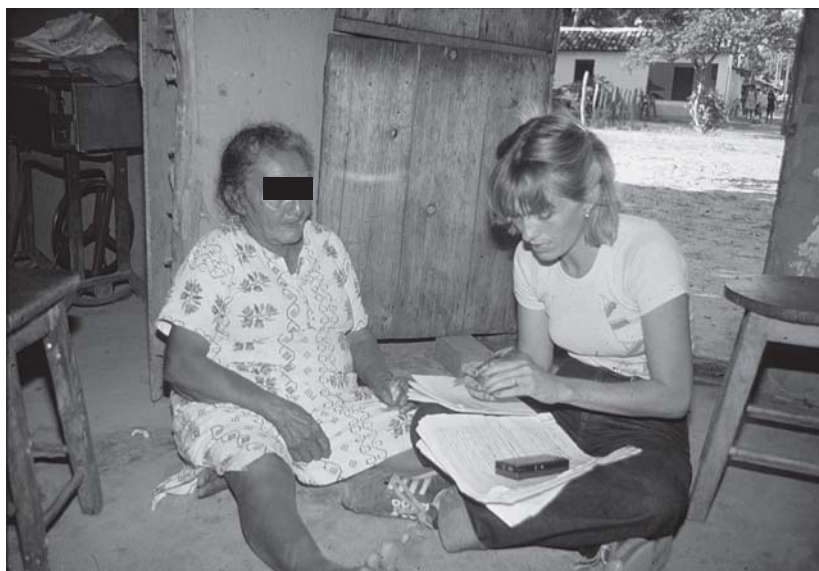
Apesar da condição de pobreza em que vivem, os pais lutam para que suas crianças sobrevivam, cresçam saudavelmente e sejam felizes. Alto São João, Pacatuba, CE, 1979. Foto Marilyn Nations

A fome, junto com a doença de crianca, “derrubou” esta menina que é “só couro e ossos”, sem força para se levantar. Guaiúba, CE, 1979. Foto Marilyn Nations

Um momento histórico: primeira mobilização das rezadeiras, cuidadores e pesquisadores do Proais/UFC/UVA no combate às doenças diarréicas no distrito de Alto São José. Pacatuba, CE, 1979. Foto Marilyn Nations

Marilyn Nations introduzindo o soro caseiro no tratamento de um recém-nascido desidratado, junto à senhora Raimunda Nogueira Guedes, rezadeira. Pacatuba, CE, 1979. Foto Marilyn Nations

Criança cuidadora toma conta do seu irmão mais novo, inclusive preparando e administrando o soro caseiro quando ele estiver com diarréia. Alto São João, Pacatuba, CE, 1979. Foto Marilyn Nations

Corpo do "anjinho" é velado em casa por parentes, vizinhos e amigos. Pacatuba, CE, 1979. Foto Marilyn Nations

Marilyn Nations conduzindo uma entrevista etnográfica sobre a etnomedicina e a morte infantil com uma rezadeira na área de atuação do Proais. Ceará, 1980. Foto Marilyn Nations

Logo no início da diarréia, a mãe leva seu bebê para ser rezado contra o mau-olhado pela rezadeira comadre Binha (falecida). Alto São João, Pacatuba, CE, 1980. Foto Marilyn Nations

Depois de aprender com a rezadeira, comadre Binha, a mãe administra o soro caseiro (chá forte) para salvar a vida do próprio filho com diarréia e desidratação. Alto São João, Pacatuba, CE, 1980. Foto Marilyn Nations

Durante o trabalho de campo, Marilyn Nations participa nas tarefas domésticas dos seus informantes-chave, enquanto observa o papel da mãe nos cuidados infantis. Pacatuba, CE, 1980. Foto Marilyn Nations

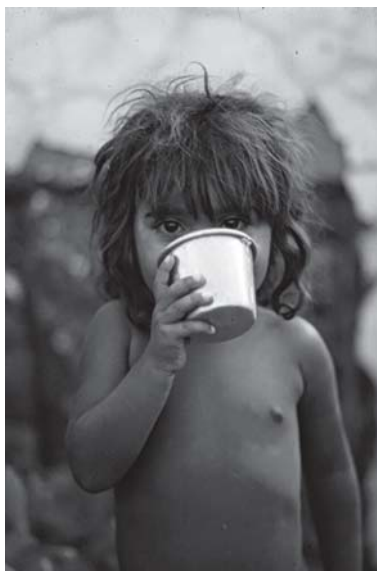
O caixão do "anjinho" que morreu de doença de criança em 24 horas, com "todo o corpo", é decorado com papel azul e flores coloridas e carregado pela estrada até o cemitério por parentes e vizinhos com mais de 7 anos de idade. Guaiúba, CE, 1983. Foto Marilyn Nations

O pai de família freqüentemente tem a triste tarefa de enterrar o seu “anjinho” no cemitério local. Guaiúba, CE, 1983

O sofrimento silencioso da mãe diante da morte do filho. Pacatuba, CE, 1988. Foto Cynthia Louden

A mesa com os materiais e ingredientes utilizados na preparação do soro caseiro é transformada pela rezadeira em um “altar” com oferendas de velas, flores e fotos para os santos protetores. Pacatuba, CE, 1988. Foto Cynthia Louden

Rezadeira, comadre Binha, simbolicamente transforma o soro caseiro em “água benta milagrosa”, derramando a primeira colher do líquido sobre o seu crucifixo enquanto reza o pai-nosso. Alto São João, Pacatuba, CE, 1988. Foto Cynthia Louden

A fé em Deus, na Virgem Maria, em Jesus Cristo e nos santos protetores é a “forca milagrosa” em que a rezadeira confia para salvar a vida dos “inocentes” que sofrem de doenças na infância. Pacatuba, CE, 1988. Foto Cynthia Louden

O “chá forte” combina o poder dos sais hidratantes do médico com o chá gostoso da rezadeira... e a benção de Deus! Pacatuba, CE, 1988. Foto Cynthia Louden